Santé Canada Health Canada

Canada

Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et améliorer leur état de santé

— Santé Canada

La présente publication se trouve également sur Internet à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/conceptsexplorant.htm

This publication is also available in English under the title:
Exploring Concepts of Gender and Health.

Pour obtenir de plus amples informations, veuillez communiquer avec le :
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada
3e étage, immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Indice de l'adresse 1903C
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 957-2721
Télécopieur : (613) 952-3496
Courriel : women_femmes@hc-sc.gc.ca

Il est permis de reproduire le présent document à des fins non commerciales à condition que la source en soit mentionnée clairement sous la forme suivante : « Santé Canada, 2003 ».

Publication autorisée par la ministre de la Santé.

© Santé Canada, 2003

N° au cat. H21-216/2003F-IN
ISBN 0-662-88984-3

Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social

Bureau pour la santé des femmes,
Santé Canada

Juin 2003

Remerciements

Le Bureau pour la santé des femmes désire remercier Ann Pederson, Olena Hankivsky, Marina Morrow, Lorraine Greaves, Leslie Grant Timmins et Michelle Sotto, du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie Britannique, pour leur aide dans l'élaboration du présent guide. Nous aimerions aussi remercier Margrit Eichler, pour son apport considérable à ce projet et à d'autres initiatives du Bureau concernant l'analyse comparative entre les sexes. En outre, le présent projet n'aurait pas été possible sans l'aide de Condition féminine Canada et des nombreuses collaboratrices de l'ensemble de Santé Canada qui nous ont apporté leurs connaissances spécialisées et leurs commentaires.

Table des matières

1. L'analyse comparative entre les sexes : catalyseur du changement 1
Définition de l'analyse comparative entre les sexes 1
Pourquoi l'analyse comparative entre les sexes est-elle importante? 1
À propos du présent guide 2
Façons dont le fait d'être un homme ou une femme influe sur votre santé 3

2. Les fondements de l'analyse comparative entre les sexes 5
Fondements juridiques 5
Engagements internationaux et intérieurs 5
Engagements de Santé Canada 6

3. Les concepts clés de l'analyse comparative entre les sexes 8
Le sexe biologique 8
Le sexe social 8
Égalité formelle et égalité véritable 8
Analyse de la diversité 9
Santé de la population 9
Recherche tenant compte des différences entre les sexes en matière de santé 9
Approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes 9

4. Intégration de l'analyse comparative entre les sexes dans la recherche, les politiques et l'élaboration des programmes 10

5. Le processus de recherche et l'analyse comparative entre les sexes 12

6. Élaboration des politiques et programmes et analyse comparative entre les sexes . . 16
1. Détermination et définition des enjeux en matière de politiques 16
2. Définition des objectifs et des résultats 17
3. Recherche et consultation 18
4. Élaboration et analyse des choix possibles 18
5. Mise en œuvre et communication des politiques et des programmes 19
6. Évaluation des politiques et des programmes 19

7. Études de cas 20
Étude de cas nº 1 – Une étude de cas portant sur la recherche : les maladies cardio-vasculaires 20
Étude de cas nº 2 – Élaboration d'indicateurs de rendement et de mesures pour le système de santé mentale 26
Étude de cas nº 3 – Comprendre la recherche sur la violence 30
Étude de cas nº 4 – Politique antitabac 32

103-07280/

8. Conclusion 36

9. Bibliographie 37

10. Autres textes à consulter : choix de documents et de guides concernant l'analyse comparative entre les sexes 45

11. Ressources utiles pour l'analyse comparative entre les sexes 50

Annexe 1 – Politiques et mesures législatives importantes 58
Annexe 2 – Analyse comparative entre les sexes et tendances sociales 61

1 L'analyse comparative entre les sexes : catalyseur du changement

Le fait d'être un homme ou une femme a de profondes répercussions sur notre état de santé, tout comme sur notre accès aux services et notre utilisation de ceux-ci. À Santé Canada, on est en train d'intégrer l'analyse comparative entre les sexes (ACS) en tant qu'outil dans le cycle d'élaboration des programmes de recherche en matière de politiques, afin de mieux illustrer la façon dont les rapports sociaux entre les sexes influent sur la santé tout au long de la vie — et de cerner des façons de maintenir et d'améliorer la santé des femmes et des hommes, des filles et des garçons au Canada. En tant que telle, l'ACS soutient la recherche et l'élaboration de politiques, de programmes et de législation en matière de santé qui sont équitables et efficaces et qui sont conformes aux engagements qu'a pris le gouvernement vis-à-vis de l'égalité entre les sexes (voir la section 2).

Définition de l'analyse comparative entre les sexes

L'analyse comparative entre les sexes est un processus qui évalue les répercussions différentes des politiques, mesures législatives et programmes existants ou proposés sur les femmes et les hommes (Condition féminine Canada 1996). Dans le contexte de la santé, l'utilisation intégrée de l'ACS dans l'ensemble des processus d'élaboration de la recherche, des politiques et des programmes peut améliorer notre compréhension du sexe biologique et du sexe social en tant que déterminants de la santé, de leur interaction avec les autres déterminants de la santé et de l'efficacité de la façon dont nous concevons et mettons en œuvre des politiques et des programmes tenant compte des différences entre les sexes. En fin de compte, l'ACS fait ressortir les influences, les omissions et les répercussions de notre travail.

Pourquoi l'analyse comparative entre les sexes est-elle importante?

Catalyseur du changement, l'ACS fait en sorte qu'on adopte une perspective tenant compte de l'égalité des sexes dans l'ensemble de la recherche et des processus d'élaboration des politiques et programmes. Si on l'utilise d'une façon efficace et constante, « en veillant à ce que les différences biologiques et sociales entre les femmes et les hommes soient mises en évidence, l'ACS impose une science de haute qualité et la production de données probantes » (Santé Canada 2000b).

> *« En veillant à ce que les différences biologiques et sociales entre les femmes et les hommes soient mises en évidence, l'ACS impose une science de haute qualité et la production de données probantes. »*

On peut avoir recours à l'ACS pour comprendre les enjeux concernant :

- différents groupes de la population (p. ex. les Premières nations, les personnes vivant en milieu rural, les personnes âgées, les immigrantes et immigrants, les minorités visibles, les personnes réfugiées);

L'analyse comparative entre les sexes et l'approche de la santé de la population

L'ACS est compatible avec l'approche de la santé de la population du Canada, laquelle reconnaît que la santé est déterminée non seulement par les choix personnels en matière de soins de santé et de santé personnelle, mais aussi par d'autres facteurs. Santé Canada reconnaît que les déterminants de la santé, y compris le revenu et la situation sociale, l'emploi, l'éducation, le milieu social, le milieu matériel, le sain développement dans l'enfance, les pratiques de santé et les habiletés d'adaptation, les services de santé, les réseaux de soutien social, l'héritage biologique et génétique (sexe biologique), le sexe social et la culture, influent tous sur la santé et sur l'accès des Canadiens et des Canadiennes au réseau des services de santé et aux avantages de celui-ci.

Les stratégies en matière de santé de la population sont conçues pour toucher des groupes entiers ou une partie de la population — dans le cas de l'ACS, des hommes et des femmes. Cette approche est axée sur les conditions et facteurs interdépendants qui influent sur la santé de la population au cours de la vie. On cerne les variations systématiques des tendances relatives aux maladies et on utilise les renseignements obtenus pour améliorer la santé et le bien-être.

- certains comportements (p. ex. le tabagisme, l'activité physique, la violence, l'utilisation de drogues injectables);
- le système de santé (p. ex. les soins de santé primaires, la privatisation, la réforme de la santé);
- les maladies (p. ex. les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le VIH/sida, les maladies mentales).

Au sein de Santé Canada, l'ACS est conçue pour promouvoir des recherches scientifiques fiables et fournir des données et des faits pertinents sur la santé, dans le but d'améliorer les résultats en matière de santé et d'améliorer les soins de santé.

À propos du présent guide

Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social est un guide qui met de l'avant l'engagement de Santé Canada à mettre pleinement en œuvre l'ACS dans l'ensemble du Ministère. Il est l'un des quelques outils de renforcement de la capacité élaborés par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada, lequel propose aux chercheurs, aux analystes des politiques, aux gestionnaires de programmes et aux décisionnaires des moyens d'intégrer l'ACS dans leur travail quotidien. Le présent guide comprend :

- un aperçu des engagements du gouvernement;
- les concepts clés de l'ACS;
- la façon d'intégrer l'ACS dans la recherche et le processus d'élaboration des politiques et programmes;
- des études de cas pour montrer en termes concrets la façon dont l'ACS peut être un catalyseur du changement;
- une bibliographie et une liste d'autres textes à consulter;

L'analyse comparative entre les sexes et l'approche de la santé de la population

L'ACS est compatible avec l'approche de la santé de la population du Canada, laquelle reconnaît que la santé est déterminée non seulement par les choix personnels en matière de soins de santé et de santé personnelle, mais aussi par d'autres facteurs. Santé Canada reconnaît que les déterminants de la santé, y compris le revenu et la situation sociale, l'emploi, l'éducation, le milieu social, le milieu matériel, le sain développement dans l'enfance, les pratiques de santé et les habiletés d'adaptation, les services de santé, les réseaux de soutien social, l'héritage biologique et génétique (sexe biologique), le sexe social et la culture, influent tous sur la santé et sur l'accès des Canadiens et des Canadiennes au réseau des services de santé et aux avantages de celui-ci.

Les stratégies en matière de santé de la population sont conçues pour toucher des groupes entiers ou une partie de la population — dans le cas de l'ACS, des hommes et des femmes. Cette approche est axée sur les conditions et facteurs interdépendants qui influent sur la santé de la population au cours de la vie. On cerne les variations systématiques des tendances relatives aux maladies et on utilise les renseignements obtenus pour améliorer la santé et le bien-être.

- certains comportements (p. ex. le tabagisme, l'activité physique, la violence, l'utilisation de drogues injectables);
- le système de santé (p. ex. les soins de santé primaires, la privatisation, la réforme de la santé);
- les maladies (p. ex. les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le VIH/sida, les maladies mentales).

Au sein de Santé Canada, l'ACS est conçue pour promouvoir des recherches scientifiques fiables et fournir des données et des faits pertinents sur la santé, dans le but d'améliorer les résultats en matière de santé et d'améliorer les soins de santé.

À propos du présent guide

Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social est un guide qui met de l'avant l'engagement de Santé Canada à mettre pleinement en œuvre l'ACS dans l'ensemble du Ministère. Il est l'un des quelques outils de renforcement de la capacité élaborés par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada, lequel propose aux chercheurs, aux analystes des politiques, aux gestionnaires de programmes et aux décisionnaires des moyens d'intégrer l'ACS dans leur travail quotidien. Le présent guide comprend :

- un aperçu des engagements du gouvernement;
- les concepts clés de l'ACS;
- la façon d'intégrer l'ACS dans la recherche et le processus d'élaboration des politiques et programmes;
- des études de cas pour montrer en termes concrets la façon dont l'ACS peut être un catalyseur du changement;
- une bibliographie et une liste d'autres textes à consulter;

- une liste exhaustive de renseignements et de ressources — provinciales ou territoriales, nationales et internationales — ayant trait au sexe social et à la santé;
- un examen de l'ACS et des tendances sociales;
- des politiques et des mesures qui exposent les motifs pour que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens soient traités de façon égale.

Façons dont le fait d'être un homme ou une femme influe sur votre santé

Les exemples qui suivent illustrent des façons dont le fait d'être un homme ou une femme influe sur la santé et indiquent comment ces renseignements peuvent conduire à de nouvelles questions et à de nouvelles recherches. Certains des exemples ont trait aux différences sexuelles ou biologiques, tandis que d'autres ont trait aux différences associées au sexe social — c'est-à-dire aux rôles assignés aux hommes et aux femmes par la société.

Connaissiez-vous les faits suivants :

- Un même médicament peut occasionner des réactions différentes et des effets secondaires différents chez les femmes et chez les hommes — même dans le cas de médicaments courants comme les antihistaminiques et les antibiotiques (Makkar *et al.* 1993).

  Est-ce que l'on fait l'essai de tous les médicaments, tant sur les femmes que sur les hommes, afin d'en vérifier les effets potentiellement différents, avant de demander l'approbation de leur commercialisation?

- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de recouvrer leurs compétences linguistiques après avoir été victimes d'un accident vasculaire cérébral de l'hémisphère gauche (Shaywitz *et al.* 1995).

  Comment des recherches supplémentaires sur le cerveau pourraient-elles nous aider à améliorer les résultats chez les hommes en nous basant sur ce que nous savons déjà sur la façon dont le cerveau féminin interprète le langage?

- Durant une relation sexuelle non protégée avec un partenaire infecté, les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de contracter une infection transmise sexuellement (ITS) et dix fois plus susceptibles de contracter le VIH (Society for Women's Health Research 2001).

  Que peut-on faire pour réduire, chez les femmes, le risque de contracter des ITS?

- Le taux de mortalité due au suicide chez les hommes est d'au moins quatre fois plus élevé que chez les femmes (Langlois et Morrison 2002). Cependant, les femmes sont hospitalisées pour des tentatives de suicide à un taux d'environ une fois et demi celui des hommes (Langlois et Morrison 2002).

  Y a-t-il des différences entre les femmes et les hommes dans leur façon de faire face au stress et de demander de l'aide? Quelles mesures préventives pouvons-nous prendre qui tiennent compte de ces différences?

- Les femmes qui fument sont de 20 à 70 % plus susceptibles que les hommes de développer un cancer des poumons, pour la même quantité de cigarettes (Manton 2000; Shriver *et al.* 2000).

  Qu'est-ce qu'il y a dans la physiologie féminine qui explique cette différence?

- Chez les femmes autochtones, le taux de diabète est cinq fois plus élevé que chez toutes les autres femmes du Canada; chez les hommes autochtones, ce taux est trois fois plus élevé que chez tous les autres hommes du Canada (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1999).

  De quelles façons les programmes visant à réduire la fréquence du diabète peuvent-ils tenir compte de ce fait?

- En 2000, 70 % de toutes les personnes âgées de 85 ans ou plus étaient des femmes (Santé Canada 2001b). Bien que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont plus susceptibles de souffrir de limitations d'activités à long terme et d'états chroniques tels que l'ostéoporose, l'arthrite et les migraines (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1999).

  De quelles façons les politiques et les programmes peuvent-ils répondre aux besoins en matière de santé du nombre croissant de femmes âgées au pays?

2 Les fondements de l'analyse comparative entre les sexes

L'ACS se fonde sur un certain nombre d'engagements intérieurs et internationaux vis-à-vis de l'égalité entre les sexes.

Fondements juridiques

L'égalité entre les sexes au Canada est garantie par la Constitution, aux termes des paragraphes 15(1) et 28 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, et par les nombreuses chartes internationales des droits de la personne dont le Canada est signataire.

Engagements internationaux et intérieurs

En 1981, le Canada a ratifié la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, laquelle décrit les droits fondamentaux des femmes et leur assure un accès égal à la vie politique et publique et des possibilités égales dans celle-ci, ainsi que l'éducation, la santé et l'emploi.

En 1995, le Canada a adopté le Programme d'action des Nations Unies, le document de conclusion de la Conférence mondiale sur les femmes des Nations Unies, tenue à Beijing[1]. C'est à cette conférence que le gouvernement du Canada a présenté son plan d'action national pour améliorer davantage la situation de la femme. Le ***Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes*** (1995-2000) précise que « toutes les mesures législatives et les politiques à venir comporteront, quand il y a lieu de le faire, une analyse visant à déterminer si elles peuvent avoir des répercussions différentes sur les femmes et les hommes ». Le premier des huit objectifs du *Plan fédéral* consistait dans l'engagement « à instaurer l'analyse comparative entre les sexes dans tous les ministères et organismes fédéraux », dans le cadre du processus d'élaboration des politiques, des programmes et des lois. Le chapitre trois du *Plan fédéral*, intitulé « Améliorer le mieux-être physique et psychologique des femmes », traitait de questions concernant l'état de santé des femmes au Canada et s'engageait à mettre en œuvre une stratégie sur la santé de celles-ci.

En l'an 2000, le gouvernement du Canada, s'appuyant sur les mesures prises dans le cadre du Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes, a approuvé le Programme d'action pour l'égalité entre les sexes (PAES), comme initiative gouvernementale permettant de promouvoir l'égalité des femmes. Les principaux éléments en sont les suivants : inspirer les initiatives actuelles et à venir en matière de politiques et de programmes et accélérer la mise en œuvre des projets d'analyse fondés sur l'égalité des sexes. Le PAES est dirigé par Condition féminine Canada, avec la collaboration de trois autres ministères fédéraux : Santé Canada, Justice Canada et Développement des ressources humaines Canada.

Plusieurs ministères fédéraux ont publié des lignes directrices officielles sur l'analyse comparative entre les sexes, dont l'Agence

[1] http://www.un.org/french/ecosocdev/geninfo/women/declbjg.htm

canadienne de développement international, Développement des ressources humaines Canada, le ministère de la Justice et Condition féminine Canada[2]. L'engagement de Santé Canada est énoncé dans les documents intitulés la *Stratégie pour la santé des femmes (1999b) et La Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes* (2000b).

Il est précisé dans la Stratégie pour la santé des femmes que « Santé Canada adoptera comme pratique générale d'assujettir à une analyse comparative entre les sexes, ses programmes et ses politiques touchant certaines questions comme la modernisation du système de santé, la santé de la population, la gestion du risque, les services directs et la recherche ».

Engagements de Santé Canada

La *Stratégie pour la santé des femmes* de Santé Canada sert de cadre à l'approche du Ministère de l'intégration de l'analyse comparative entre les sexes dans son travail. Il est précisé dans la *Stratégie pour la santé des femmes* que « Santé Canada adoptera comme pratique générale d'assujettir à une analyse comparative entre les sexes, ses programmes et ses politiques touchant certaines questions comme la modernisation du système de santé, la santé de la population, la gestion du risque, les services directs et la recherche ». Le sexe social est reconnu en tant que déterminant de la santé, l'un des douze déterminants inclus dans l'approche axée sur la santé de la population (Santé Canada 1999c). Par cette reconnaissance, le Ministère « appuie l'égalité des sexes dans le système de santé » (Santé Canada 2000).

La stratégie vise à assurer la reconnaissance globale du principe selon lequel le système de santé doit accorder aux femmes et aux hommes un « traitement » égal dans tous les sens du mot et viser à assurer des résultats équitables pour les deux sexes.

La **Politique de santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes** explique pourquoi et comment Santé Canada est en train d'intégrer l'ACS dans le travail quotidien du Ministère.

(Pour de plus amples renseignements sur les politiques et mesures législatives importantes, voir l'annexe 1).

Le Bureau pour la santé des femmes
En 1993, Santé Canada a mis sur pied le Bureau pour la santé des femmes afin de faire en sorte que les préoccupations de celles-ci en matière de santé fassent l'objet d'une attention et d'une insistance appropriées au sein du Ministère. Ce bureau est chargé de la mise en œuvre de la *Stratégie pour la santé*

2 On trouvera à la section 11 du présent guide des renseignements sur les ressources internationales, nationales et provinciales.

des femmes et de la Politique de santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes, et il sert de centre de coordination de la santé des femmes au sein de l'administration fédérale. Le Bureau gère aussi le Programme de contribution pour la santé des femmes afin de soutenir la recherche et l'éducation en matière de politiques dans le domaine de la santé des femmes.

Le Programme de contribution pour la santé des femmes

Mis en place en 1995, le *Programme de contribution pour la santé des femmes* (PCSF) fournit actuellement un soutien à quatre Centres d'excellence pour la santé des femmes, au Réseau canadien pour la santé des femmes et à d'autres initiatives.

En 1996, on a mis sur pied les **Centres d'excellence pour la santé des femmes** afin qu'ils inspirent le processus d'élaboration de politiques et réduisent le manque de données au sujet du sexe biologique, du sexe social et des autres déterminants de la santé[3]. Les Centres sont des partenariats multidisciplinaires de chercheurs et chercheuses universitaires et communautaires et d'organisations communautaires. Ils comblent le manque de données sur les déterminants de la santé et ils apportent une attention particulière aux façons dont le sexe biologique et le sexe social influent sur la santé et entrent en interaction avec les autres déterminants de la santé.

Le **Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF)** représente plus de 70 organisations de toutes les provinces et de tous les territoires. En plus de ses autres activités, le RCSF soutient les activités de communication des Centres d'excellence pour la santé des femmes. Le RCSF est également partenaire affilié pour la santé des femmes du Réseau canadien de la santé (RCS), un service financé par Santé Canada, basé sur Internet et conçu pour améliorer l'accès à une information exacte et fiable sur la santé.

Autres initiatives : Outre des projets de recherche particuliers comme le groupe de recherche sur la santé et la guérison des femmes autochtones, le programme soutient actuellement deux groupes de travail, soit « Action pour la protection de la santé des femmes » et le « Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé ».

Santé Canada collabore également avec l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'ISFH appuie la recherche axée sur la façon dont le sexe biologique et le sexe social interagissent avec d'autres facteurs qui influent sur la santé pour créer des conditions et des problèmes uniques, plus répandus, plus graves ou différents, en ce qui concerne les facteurs de risque ou les interventions efficaces à l'égard des femmes et des hommes[4].

Outre ces politiques et ces engagements du gouvernement, plusieurs concepts clés sont importants pour la compréhension de l'ACS. Ils sont traités dans la section suivante.

[3] On trouvera à la section 11 du présent guide des renseignements sur les personnes-ressources. De l'information en ligne est accessible à http://www.cewh-cesf.ca/fr/index.html.

[4] Pour de plus amples renseignements sur le réseau des Instituts de recherche en santé du Canada, voir http://www.cihr.ca.

3 Les concepts clés de l'analyse comparative entre les sexes

Les définitions des concepts clés qui suivent expliquent celles déjà adoptées dans la *Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes* (2000b).

LE SEXE BIOLOGIQUE

L'expression sexe biologique renvoie aux caractéristiques biologiques comme l'anatomie (p. ex. la taille et la conformation corporelle) et la physiologie (p. ex. l'activité hormonale et le fonctionnement des organes) qui distinguent les femmes des hommes.

Pour améliorer l'état de santé, il nous faut des renseignements exacts sur la façon dont les différences sexuelles (p. ex. les voies de transmission biochimiques, les hormones et le métabolisme) nous aident à comprendre les différences biologiques et génétiques possibles dans la diminution de la résistance aux maladies (p. ex. aux maladies cardio-vasculaires et au cancer du poumon) et dans les réactions au traitement.

Peu à peu, le secteur de la santé reconnaît l'étendue des différences anatomiques et physiologiques entre les femmes et les hommes et les intègre dans les études scientifiques et le traitement (p. ex. dans le diagnostic et le traitement des maladies cardio-vasculaires et la compréhension des différents effets de l'anesthésie) (Santé Canada 2000b).

LE SEXE SOCIAL

Le terme « sexe social » renvoie à l'éventail des rôles et rapports déterminés par la société, aux traits de personnalité, aux attitudes, aux comportements, aux valeurs, à l'influence et au pouvoir relatifs que la société attribue aux deux sexes en fonction de leurs différences. Le sexe social est relationnel et ne se rapporte pas simplement aux femmes et aux hommes, mais aussi à la relation entre les femmes et les hommes (Santé Canada 2000b). Toutes les sociétés sont divisées selon les « lignes de faille » du sexe biologique et du sexe social (Papanek 1984), de sorte que les femmes et les hommes sont perçus comme des êtres de types différents, avec leurs responsabilités, leurs possibilités et leurs rôles respectifs, ce qui a des répercussions sur l'accès aux ressources et aux avantages.

La notion juridique d'« égalité véritable » traduit l'importance d'assurer non seulement l'égalité des chances, mais également l'égalité des résultats.

Égalité formelle et égalité véritable

Le terme « égalité » est habituellement employé pour mettre l'accent sur les ressemblances entre les personnes. La notion juridique d'« égalité formelle » prescrit le même traitement pour toutes les personnes qui se trouvent dans des situations identiques ou semblables. Traditionnellement, traiter les gens de façon équitable voulait dire accorder à la femme et à l'homme les mêmes possibilités, les mêmes services et les mêmes programmes. Mais, pour être juste et équitable, il arrive qu'il faille traiter différemment les femmes et les hommes lorsque les différences entre les personnes entraînent des inconvénients ou des inégalités. La notion juridique d'« égalité

véritable » traduit l'importance d'assurer non seulement l'égalité des chances, mais également l'égalité des résultats. L'analyse comparative entre les sexes porte sur l'égalité véritable.

Analyse de la diversité

La *Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes* (2000b) précise qu'il faudrait superposer une analyse de la diversité au cadre de l'ACS. L'analyse de la diversité est un processus d'examen des idées, des politiques, des programmes et des recherches visant à évaluer les répercussions différentes possibles sur des *groupes* déterminés de femmes et d'hommes, de filles et de garçons. Les femmes comme les hommes ne font pas partie de groupes homogènes. La classe ou la situation socio-économique, l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, la race, l'appartenance ethnique, la situation géographique, l'éducation, les capacités physiques et mentales, entre autres choses, peuvent influer manifestement sur les besoins, les intérêts et les préoccupations d'un groupe particulier. Il reste encore beaucoup de recherche à effectuer pour cerner les différences et les ressemblances importantes parmi les femmes et parmi les hommes concernant l'état de santé, l'utilisation des services de santé, les comportements de santé et les autres déterminants de la santé.

Santé de la population

Comme nous l'avons déjà expliqué dans le présent guide, les stratégies en matière de santé de la population sont conçues pour toucher l'ensemble de la population ou d'importants sous-groupes de celle-ci. Cette approche est axée sur un ensemble de recherches qui montrent qu'une combinaison de facteurs personnels, sociaux et économiques, auxquels s'ajoutent les services de santé, jouent un rôle important dans le rétablissement et le maintien de la santé.

Recherche tenant compte des différences entre les sexes en matière de santé

La recherche sur les différences entre les femmes et les hommes en matière de santé consiste à analyser comment le sexe biologique interagit avec le sexe social pour créer des conditions de santé, des conditions de vie et des problèmes uniques, plus répandus, plus graves ou pour lesquels il existe des interventions et des facteurs de risques distincts pour les femmes et pour les hommes. Il est possible de désagréger les données fondées sur le sexe biologique ou le sexe social ou sur les deux sans les replacer dans leur contexte. De même, il est possible d'ignorer une analyse appropriée des données désagrégées par sexe dans le processus d'élaboration de politiques et de programmes à partir des recherches et des évaluations. Par contre, une recherche sur les différences entre les femmes et les hommes exige une analyse et une évaluation globales des constatations et de l'effet des recommandations sur des groupes différents de femmes et d'hommes.

Approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes

Le terme « intégration de l'égalité entre les femmes et les hommes » a vu le jour grâce au *Programme d'action* des Nations Unies (voir note 1 de bas de page). Elle renvoie à l'intégration des préoccupations liées à l'égalité des sexes dans la prise de décision et dans la recherche afin que les politiques et programmes réduisent les inégalités entre les femmes et les hommes (Organisation mondiale de la Santé 1998). **L'analyse comparative entre les sexes** est un outil d'intégration de l'égalité entre les femmes et les hommes qui permet d'évaluer les répercussions différentes sur les femmes et les hommes des politiques, des lois et des programmes proposés.

4 Intégration de l'analyse comparative entre les sexes dans la recherche, les sexes dans la recherche, les politiques et l'élaboration des programmes

La recherche, les politiques et l'élaboration des programmes sont inextricablement liées. Grâce à un processus interactif, chacune de ces activités s'appuie sur l'autre et la restreint, et compte sur l'autre pour l'exactitude, l'inclusivité et l'acceptabilité. Le sexisme dans l'une ou l'autre de ces activités a des répercussions sur les autres, ainsi que sur les personnes qui bénéficieront, en fin de compte, des initiatives gouvernementales, soit les Canadiens, femmes et hommes, filles et garçons.

L'analyse comparative entre les sexes a pour objectifs l'égalité véritable, la reconnaissance des besoins liés à la diversité et la participation importante d'un large éventail d'intervenantes et d'intervenants à toutes les étapes de la prise de décisions.

La nature interdépendante des activités et des contextes exige que l'analyse comparative entre les sexes soit un dénominateur commun des analyses existantes ou d'une stratégie mise en œuvre une seule fois (Conseil de l'Europe 1998). Bien menée, une analyse comparative entre les sexes influe de manière systématique sur les façons d'effectuer une recherche et une évaluation de programme, dont les résultats déterminent les politiques, les programmes et les mesures législatives. Elle a pour objectifs l'égalité véritable, la reconnaissance des besoins liés à la diversité et la participation importante d'un large éventail d'intervenantes et d'intervenants à toutes les étapes de la prise de décisions. Selon le contexte politique, les priorités peuvent changer, mais l'analyse comparative entre les sexes demeure une partie intégrante de la prise de décisions gouvernementales.

Intégration d'une perspective qui tient compte des différences entre les sexes

L'ACS n'est pas un ajout, mais elle est intégrée dans chaque étape du processus d'élaboration de la recherche, des politiques et des programmes[5]. La prise en considération du sexe biologique et du sexe social permet de nous imprégner encore plus du sens des mesures que nous prenons, des instruments de politiques et des méthodes de recherche que nous choisissons, des différents groupes de femmes et d'hommes que nous consultons et de nos connaissances concernant les déterminants de la santé.

[5] On trouvera aux sections 5 et 6 du présent guide des suggestions, étape par étape, sur la façon d'intégrer l'ACS dans la recherche et le processus d'élaboration des politiques et programmes.

Réponse à la diversité

Le sexe social ne se manifeste pas isolément, mais en relation avec d'autres facteurs comme la race, l'appartenance ethnique, les capacités, l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, la situation géographique et la scolarité. Par conséquent, l'ACS devrait s'accompagner d'une analyse de la diversité, laquelle nous permet de voir comment un programme ou une politique peut influer sur les besoins en matière de santé différents de groupes particuliers de femmes et d'hommes.

Compréhension des tendances

Comme instrument utilisé en contexte, l'ACS tient compte de l'effet des structures et des tendances sociales passées, actuelles et nouvelles sur le sexe biologique et sur le sexe social (voir l'annexe 2). Conformément à l'approche axée sur la santé de la population, dans l'analyse comparative entre les sexes, on reconnaît que la santé résulte des conditions de vie quotidienne : la connaissance de ces diverses conditions et de ces tendances sociales, et de la façon dont elles évoluent au fil du temps est particulièrement importante pour l'élaboration des politiques et des programmes.

Intégration de l'ACS dans le processus gouvernemental de prise de décisions

L'ACS est, comme la plupart des « nouveaux produits », intégré dans un cadre déjà existant. Dans le cas présent, le cadre comprend les processus et mécanismes coordonnés utilisés dans la prise de décisions du gouvernement. Nous devons aussi tenir compte des événements historiques, de l'orientation gouvernementale actuelle, de la durée du mandat du gouvernement ainsi que des orientations et engagements politiques antérieurs. Ces facteurs restreignent ou élargissent nos horizons, les paramètres de nos actions et notre compréhension de la santé.

Recherche et consultations inclusives

L'ACS accroît l'égalité véritable en faisant participer un vaste réseau d'intervenantes et d'intervenants à la prise de décisions et en utilisant le plus large éventail possible de renseignements exacts. Les possibilités qu'a la population de se parler et de dialoguer avec les décisionnaires offrent « un processus mutuel d'apprentissage qui conduit, en bout de ligne, à une meilleure élaboration des politiques » (Projet de recherche sur les politiques, 2002). En recherche, l'utilisation des méthodes quantitatives et qualitatives, et des méthodes actives, lesquelles font participer les personnes visées par la recherche à l'établissement de la question de recherche, à l'examen du processus et à la communication des résultats, peut enrichir considérablement nos connaissances dans le domaine de la santé. On enrichit également le processus d'élaboration des politiques et de la planification des programmes en faisant participer plus de personnes à la détermination des enjeux et aux propositions concernant les choix.

Dans la section suivante du présent guide, nous proposons des façons d'intégrer l'ACS dans le processus de recherche.

5 Le processus de recherche et l'analyse comparative entre les sexes

La recherche est un outil important pour réduire les préjugés fondés sur le sexe dans le processus d'élaboration de politiques et la planification de programmes. L'exclusion du sexe biologique et du sexe social, en tant que variables, dans n'importe quel type de recherche sur la santé est une omission grave qui entraîne des problèmes de validité et de généralisabilité, une pratique clinique plus faible et une prestation de soins de santé moins adéquate (Greaves *et al.* 1999).

La recherche doit être sensible aux manifestations du sexe biologique et du sexe social, sinon elle pourrrait perpétuer au lieu d'éclairer la discrimination fondée sur le sexe.

La recherche doit être sensible aux manifestations du sexe biologique et du sexe social, sinon elle pourrrait perpétuer au lieu d'éclairer la discrimination fondée sur le sexe. En outre, la recherche sur le sexe biologique, le sexe social et la santé présente parfois des lacunes importantes. Parmi celles-ci, mentionnons :

- le fait de traiter le sexe d'une personne comme toute autre variable et le fait de ne pas le mettre en contexte;
- les hypothèses sur l'élimination du sexisme et l'incapacité qui en découle d'effectuer une recherche tenant compte des différences entre les sexes;
- le traitement du sexe biologique et du sexe social comme une seule et même chose;
- l'absence de désagrégation des données fondées sur le sexe;
- l'omission d'analyser les données désagrégées selon le sexe;
- le défaut de faire rapport sur les analyses des données désagrégées selon le sexe;
- la relégation des données qualitatives à un rôle complémentaire, en les définissant comme n'ayant qu'une valeur anecdotique (Grant 2002).

L'étude des questions suivantes, à chaque étape de la démarche de recherche, devrait réduire les préjugés fondés sur le sexe[6].

Formulation des questions de recherche

- La question de recherche exclut-elle l'un des sexes, alors que les conclusions devraient s'appliquer aux deux? *Dans l'affirmative, reformulez la question pour qu'elle puisse s'appliquer aux deux sexes ou de manière qu'elle se rapporte à un sexe seulement.*

- La question de recherche exclut-elle l'un des sexes dans des domaines qui sont particulièrement en rapport avec l'autre, comme les questions familiales et les

[6] Cette série de questions en matière de recherche est une adaptation du document de Santé Canada, rédigé par Margrit Eichler et intitulé (Ébauche) *Vers l'égalité : Améliorer la santé du peuple canadien. Reconnaître et éliminer les parti-pris fondés sur les sexes dans le secteur de la santé*, Santé Canada, Bureau pour la santé des femmes, novembre 2000c. Il est permis de reproduire cette adaptation à des fins non commerciales, à condition qu'on mentionne clairement que Margrit Eichler est l'auteure du document original. Pour une étude plus complète, veuillez vous reporter à l'article de Margrit Eichler intitulé « Feminist Methodology », *Current Sociology*, avril 1997, 45(2) : 9-36.

aspects liés à la reproduction dans une recherche sur les hommes, ou le travail rémunéré dans une recherche sur les femmes? *Dans l'affirmative, portez attention au rôle de l'autre sexe.*

- La question de recherche établit-elle l'homme comme la norme pour les deux sexes, restreignant ainsi l'éventail des réponses possible? *Dans l'affirmative, reformulez la question pour permettre tout l'éventail des réponses théoriquement possibles.*

- La question de recherche établit-elle la famille ou le ménage comme l'unité d'analyse de base, alors que l'on peut s'attendre à des répercussions différentes chez les femmes et les hommes au sein de la famille ou du ménage? *Dans l'affirmative, modifiez la question de manière à ce que l'unité d'analyse corresponde au niveau où se font les observations.*

- La question de recherche est-elle différente pour les deux sexes, bien que les circonstances soient les mêmes? *Dans l'affirmative, reformulez la question.*

- La question de recherche suppose-t-elle que les femmes et les hommes sont des groupes homogènes quand les répercussions sur les questions de santé à l'étude pourraient être différentes pour divers groupes de femmes et d'hommes? *Dans l'affirmative, analysez les différences parmi les femmes et parmi les hommes, pas seulement celles entre les femmes et les hommes.*

- La question de recherche considère-t-elle les hommes comme acteurs et les femmes comme personnes passives? *Dans l'affirmative, étudiez le rôle des femmes comme actrices et celui des hommes comme personnes passives.*

Examen des études publiées

- Le phénomène étudié touche-t-il les deux sexes? Dans l'affirmative, les ouvrages accordent-t-ils suffisamment d'attention à chaque sexe? *Dans la négative, prenez note du sexe sous-représenté ou exclu.*

- Les études concernant les rôles familiaux et la reproduction accordent-elles une attention suffisante au rôle des hommes? Dans tous les autres ouvrages examinés, a-t-on accordé suffisamment d'attention au rôle des femmes? Tient-on compte des différents types de familles? *Dans la négative, il sera peut-être nécessaire de procéder à des études compensatoires sur le sexe sous-représenté ou exclu avant de tirer des conclusions.*

- Les ouvrages abordent-t-ils les questions de diversité parmi les femmes et les hommes? *Dans la négative, prenez note des exclusions et des limites des ouvrages.*

Plan de recherche

- Si le phénomène étudié touche les deux sexes, le plan de recherche représente-t-il adéquatement ceux-ci? Dans la négative, incluez le sexe sous-représenté ou exclu. *Si la répartition de la recherche précédente a largement exclu un sexe, une étude axée sur un seul sexe serait peut-être très pertinente.*

- Les variables importantes examinées dans le cadre de l'étude sont-elles également pertinentes pour les femmes et les hommes? pour les femmes et les hommes appartenant à un grand nombre de groupes différents? *La diversité, au sein*

des sous-groupes a-t-elle été cernée et analysée? Dans la négative, corrigez les déséquilibres en incluant des variables qui touchent le groupe sous-représenté.

- L'étude tient-elle compte des situations de la vie potentiellement différentes des femmes et des hommes? *Dans la négative, examinez le contexte en tenant compte des différences entre les femmes et les hommes.*

- Lorsqu'il est question d'enjeux qui touchent les familles ou les ménages, est-il possible que l'activité, l'enjeu, la caractéristique, le comportement, l'expérience ou le caractère soit différent pour chaque membre de la famille? *Dans l'affirmative, recensez et étudiez chacun des acteurs du point de vue de différences possibles fondées sur le sexe. Cela peut entraîner une révision complète du plan de recherche.*

- Le sujet, la méthode et la démarche de recherche sont-ils les mêmes pour les femmes et pour les hommes? S'ils sont différents, le sujet, la méthode et la démarche sont-ils justifiés? *Dans la négative, fournissez une explication détaillée.*

- A-t-on déclaré et contrôlé le sexe de toutes les personnes qui participent à l'étude, notamment celui des chercheuses ou chercheurs et du personnel de recherche? *Dans la négative, déclarez-le et contrôlez-le là où c'est possible et nécessaire. Là où ce n'est pas possible, reconnaissez et étudiez la possibilité que les résultats soient faussés en raison du sexe des diverses personnes qui participent à la recherche.*

Méthodes de recherche et collecte de données

- L'instrument de recherche a-t-il été validé auprès des divers groupes des deux sexes? Si on utilise des instruments différents sans raisons impérieuses, développez un instrument qui s'applique aux deux sexes et à des groupes divers des deux sexes. *S'il est nécessaire de se servir d'instruments différents, présentez une justification détaillée de leur utilisation.*

- L'instrument de recherche établit-il un sexe (race, classe, etc.) comme la norme pour les deux sexes, restreignant ainsi l'éventail des réponses possible? *Dans l'affirmative, reformulez l'instrument pour permettre tout l'éventail des réponses théoriquement possibles.*

- Les opinions exprimées par un sexe sur l'autre sexe sont-elles traitées comme des faits plutôt que comme des opinions? *Dans l'affirmative, réinterprétez les opinions de l'autre sexe comme énoncés d'opinion, sans plus.*

- Utilise-t-on les mêmes procédures de codage pour les femmes et les hommes? *Dans la négative, rendez les procédures de codage identiques.*

Analyse et interprétation des données

- Si seulement un sexe est pris en considération, tire-t-on, néanmoins, des conclusions en termes généraux? *Dans l'affirmative, tirez les conclusions selon le sexe là où l'on tient compte d'un sexe seulement, ou modifiez le plan de recherche et tenez compte des deux sexes.*

- Interprète-t-on les données en prenant les hommes comme norme? *Dans l'affirmative, prenez les femmes comme norme et comparez les deux.*

- Les pratiques violentes et asservissantes à l'égard des femmes, tout comme la négation de leurs droits fondamentaux sont-elles présentées comme convenables culturellement ou justifiées par une prétendue valeur supérieure? *Dans l'affirmative, décrivez et analysez ces pratiques, mais ne les excusez pas ou ne les justifiez pas.*

- L'analyse rend-elle pathologiques les processus biologiques normaux de la femme ou normalise-t-elle les processus biologiques de l'homme? *Dans l'affirmative, rédigez d'autres comptes rendus.*

- A-t-on clairement indiqué que la situation, la condition ou l'activité particulière étudiée peut avoir des répercussions différentes sur les deux sexes? *Dans la négative, indiquez-le clairement.*

- Les identités sexuelles et les rôles féminins et masculins sont-ils présentés de façon absolue? Perpétue-t-on les stéréotypes? *Dans l'affirmative, reconnaissez les identités sexuelles et les rôles féminins et masculins comme socialement importants et faisant partie de l'histoire, mais établissez clairement qu'ils ne sont ni nécessaires ni naturels ou désirables selon les normes.*

- Lorsque les deux sexes sont inclus, accorde-t-on une attention égale aux réponses des femmes et des hommes? *Dans la négative, établissez l'équilibre approprié.*

Le langage des comptes rendus et des propositions de recherche

- Dans une phrase, lorsque les deux sexes sont mentionnés, l'un a-t-il toujours la priorité sur l'autre? *Dans l'affirmative, alternez d'une façon ou d'une autre.*

- Utilise-t-on des termes sexistes pour décrire des concepts globaux? *Dans l'affirmative, utilisez des termes généraux pour parler des deux sexes.*

- Utilise-t-on des termes généraux dans des situations propres à chaque sexe? *Dans l'affirmative, utilisez des termes propres à chaque sexe lorsqu'on fait référence à un sexe en particulier.*

Représentations visuelles

- Les femmes et les hommes sont-ils représentés adéquatement, compte tenu de leur importance relative pour ce qui est du sujet à l'étude (p. ex. importance du problème pour chaque sexe, pourcentage de chaque partie de la population touchée par le problème)? *Dans la négative, corrigez le déséquilibre par une représentation équitable du sexe exclu ou sous-représenté.*

- Dépeint-on les femmes et les hommes de façon stéréotypée? *Dans l'affirmative, éliminez les stéréotypes et remplacez-les par des représentations plus réalistes.*

- Dépeint-on les femmes et les hommes de manière à présenter leur diversité (p. ex. images de minorités visibles, de personnes handicapées, de couples lesbiens et gais)? *Dans la négative, intégrez dans les images ces aspects de la diversité et d'autres également.*

6 Élaboration des politiques et programmes et analyse comparative entre les sexes

Il y a divers modèles applicables à l'élaboration des politiques et des programmes. Le présent guide se base sur un processus en six étapes, à savoir :

1. Détermination et définition des enjeux en matière de politiques
2. Définition des objectifs et des résultats
3. Recherche et consultation
4. Élaboration et analyse des choix
5. Mise en œuvre et communication des politiques et des programmes
6. Évaluation de la politique et des programmes

Ces étapes sont une représentation simplifiée du processus d'élaboration des politiques et des programmes et ne reproduisent pas nécessairement toutes les subtilités de ces démarches. De plus, dans ce modèle, il est supposé que l'on a recours à l'évaluation dans le processus d'élaboration des politiques et des programmes afin de s'assurer que ceux qui suivent sont axés sur les résultats.

Somme toute, une analyse comparative entre les sexes intégrée aux modèles d'élaboration des politiques et des programmes devrait aborder les questions suivantes :

- Tient-on compte des milieux de vie différents des femmes et des hommes, des filles et des garçons?
- La diversité est-elle recensée et analysée au sein des groupes de femmes et d'hommes, de filles et de garçons?
- Les femmes et les hommes participent-ils, de façon importante, au processus d'évaluation des répercussions?
- Cerne-t-on les objectifs visés et les résultats imprévus?
- Tient-on compte des autres réalités sociales, politiques et économique?

On pourrait se servir de ces questions pour évaluer tout modèle particulier d'élaboration de politiques et de programmes utilisé dans une situation donnée.

Il est important de se rappeler que le contexte de la prise de décisions modifie ce que l'on peut voir, de même que les gestes que l'on peut poser. Les processus qui mènent aux mesures et initiatives d'élaboration des politiques et des programmes dans ce contexte sont dynamiques et se répètent périodiquement.

1. Détermination et définition des enjeux en matière de politiques

L'interaction complexe entre les idées et les valeurs, qui peuvent être chargées émotivement et idéologiquement (Stone 1989), détermine le programme d'action stratégique. La recherche représente souvent l'instrument le plus important pour découvrir les enjeux, les problèmes et les défis courants dans le domaine de la santé. Les élections, les catastrophes, les actualités décisives et les décisions juridiques sont des événements tout aussi importants. Un grand nombre d'intervenantes et d'intervenants participent à l'établissement du programme — les institutions gouvernementales, les personnes (politiciennes et politiciens, fonctionnaires, universitaires, chercheuses et chercheurs participant à des groupes de réflexion), les groupes d'intérêt et les médias.

Questions à poser :

- L'enjeu ou le problème est-il bien défini?
- Est-ce une question de santé? Dans l'affirmative, où se situera-t-elle dans les stratégies en matière de santé de la population?
- La question relève-t-elle de la compétence fédérale, provinciale ou territoriale?
- Qui a déterminé l'enjeu et pourquoi?
- Quels renseignements a-t-on recueillis pour justifier le libellé de la question?
- La description complète de la question traduit-elle les besoins des femmes et des hommes, des filles et des garçons?
- Quels préjugés, valeurs, connaissances et expériences sont en jeu dans le libellé de la question?
- La question exige-t-elle une analyse, une élaboration et une recherche plus poussées en matière de politiques?

2. Définition des objectifs et des résultats

Une fois la question ou le problème parfaitement compris, l'étape suivante consiste à cerner les réponses possibles et à les formuler comme des objectifs et des résultats.

- Quels sont les objectifs établis du gouvernement par rapport à la politique?
- Quelles retombées prévoit-on que la politique aura sur la santé?
- Quels seront les activités?
- Quels sont les indicateurs de succès?
- À qui la politique et le programme doivent-ils profiter?
- Quelles tentatives a-t-on faites, dans le passé, pour régler la question ou le problème?
- Quels sont les résultats de ces tentatives? De quelles façons ces résultats étaient-ils différents pour les femmes et les hommes, les filles et les garçons?
- Quelle est la proposition actuelle visant à régler le problème? Quelles hypothèses font partie de la politique (p. ex. priorités et processus établis du ministère ou de la division)?
- De quelle façon la question ou le problème touche-t-il différemment les femmes et les hommes, les filles et les garçons, et les différents groupes de femmes et d'hommes, de filles et de garçons? (Par exemple, les objectifs de la politique ou du programme comprennent-ils des hypothèses par rapport aux rôles sociaux des deux sexes?)
- Comment peut-on rapprocher l'intérêt de groupes différents pour un traitement équitable?

L'utilisation du plus large éventail possible de renseignements exacts est importante pour l'élaboration de programmes et de politiques efficaces.

- Avez-vous besoin de renseignements supplémentaires pour effectuer une analyse complète d'une politique ou d'un programme?
- Dans l'affirmative, comment obtiendrez-vous ces renseignements? Les sources possibles englobent une recherche dans les ouvrages existants, les médias, les opinions du public, les organisations non gouvernementales, les groupes d'intérêts, les groupes de défense des droits, les organismes communautaires, les documents de

politique, les discours du Trône, les comités de recherche du gouvernement fédéral, les organismes de recherche, les universitaires, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, etc.

3. Recherche et consultation

L'utilisation du plus large éventail possible de renseignements exacts est importante pour l'élaboration de programmes et de politiques efficaces. La collecte de renseignements détaillés suppose la participation de femmes et d'hommes à la détermination de l'objet de la recherche, de ce qui manque dans les renseignements recueillis jusqu'à maintenant, et de la façon d'interpréter les données. Il faut des données quantitatives et qualitatives. La recherche qualitative complète et rend plus intéressantes les données quantitatives, élargit la base de la prise de décisions et nous permet d'établir une image plus claire de la santé de la population canadienne.

*(**Remarque :** à titre de partie vitale et centrale de l'ACS, la recherche fait l'objet d'un examen plus poussé à la section 5.)*

La consultation et la participation efficaces et utiles à l'extérieur du gouvernement est indispensable pour permettre à Santé Canada de remplir son mandat législatif, de créer des programmes, de lancer de nouvelles initiatives et d'établir un climat de confiance. Comme l'a souligné le Bureau de la participation des consommateurs et du public de Santé Canada, les personnes et les organisations participent, à divers titres, aux décisions en matière de politiques gouvernementales. Il existe également un éventail croissant d'approches visant à appuyer une participation utile du public : à passer d'un rôle limité du public à sa participation plus générale au processus décisionnel, et des consultations traditionnelles du public à des modèles ouverts de participation de celui-ci. Il faut donc concevoir délibérément des stratégies en matière de participation du public, et tenir compte, avec le concours des participantes et participants, de la nature de l'enjeu, des personnes intéressées par les décisions qui les touchent, et des raisons de la participation du public à la prise de décisions (Santé Canada 2000d).

Sources à consulter au sujet de l'ACS
La consultation de sources bien informées est également un élément important de la recherche et du processus d'élaboration des politiques et des programmes. Les sources que vous pouvez consulter comprennent le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada, les organisations de santé des femmes et un large éventail d'organisations gouvernementales et non gouvernementales travaillant dans le domaine de la santé, y compris celles énumérées dans la section du présent guide intitulée « Ressources utiles pour l'analyse comparative entre les sexes ».

4. Élaboration et analyse des choix possibles

À cette étape, il faut faire des recommandations réalistes et fondées sur des renseignements exacts, qui sont conformes au contexte politique courant et aux objectifs gouvernementaux. Les choix doivent être évalués quant à leurs effets potentiellement défavorables et aux répercussions différentes qu'ils peuvent avoir sur les femmes et les hommes pris individuellement et sur les divers groupes de femmes et d'hommes, de filles et de garçons. Il faut également établir les orientations futures et les besoins en matière de recherche (p. ex. lacunes des connaissances).

- Quels sont les effets probables, à court et à long terme, de la politique, sur les

femmes et les hommes, les filles et les garçons? Les deux sexes sont-ils traités avec le même respect, la même déférence et la même considération? Tient-on compte de la diversité parmi les femmes et les hommes, les filles et les garçons?
- De quelle façon votre connaissance des attitudes des décisionnaires influe-t-elle sur vos recommandations?
- De quelle façon les autres ministères du gouvernement ont-ils répondu à cette question? Peut-on proposer une stratégie interministérielle?

5. Mise en œuvre et communication des politiques et des programmes

Cette étape comprend l'adoption, la mise en œuvre et la communication des recommandations. Pour assurer la coordination de la prise de mesures, il sera peut-être nécessaire de consulter d'autres ministères et de créer des mécanismes interministériels. Il est important que la communication et la diffusion de la politique tiennent compte des différences entre les femmes et les hommes et qu'elles soient le reflet d'une sensibilisation à d'autres différences sociales.

- Le choix du moment est-il un facteur à prendre en considération?
- De quelle façon le choix des médias influe-t-il sur la diffusion parmi les femmes, les hommes et divers groupes des deux sexes?
- De quelle façon le langage influe-t-il sur la transmission du message? (Par exemple, utilisez-vous un langage représentatif des femmes et des hommes?)
- De quelle façon les intervenantes et intervenants participent-ils à la mise en œuvre? Par exemple, comment y intéresser les personnes qui participent au programme?
- De quelle façon les autres ministères peuvent-ils participer à la mise en œuvre?

6. Évaluation des politiques et des programmes

L'étude d'évaluation est conçue pour juger du bien-fondé d'une politique ou d'un programme gouvernemental. Elle comprend la collecte systématique, l'analyse et l'interprétation des renseignements concernant le besoin, la conception, la mise en œuvre et les répercussions d'une politique ou d'un programme gouvernemental (Hayes 2001). L'évaluation, le contrôle du rendement et les indicateurs en matière de politique nous aident à établir ce qui va ou ce qui ne va pas et pour qui. L'évaluation est en quelque sorte un examen du processus d'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et programmes, mais aussi un moyen d'orienter l'étape suivante du cycle décisionnel, et un retour au stade de l'établissement du programme d'action.

- De quelle façon évaluera-t-on les résultats de cette politique ou de ce programme (notamment en ce qui concerne le suivi et l'obligation de rendre compte)?
- Quelles seront les indicateurs?
- Comment tirera-t-on parti, dans l'évaluation, du savoir expérientiel et des opinions de divers groupes de femmes et d'hommes, de filles et de garçons?
- Comment évaluera-t-on les répercussions différentes de la politique ou du programme sur les femmes et les hommes, les filles et les garçons?
- A-t-on atteint les objectifs? La politique a-t-elle été mise en œuvre efficacement? Que faudrait-il faire maintenant?
- Quelles modifications devrait-on apporter à la politique ou au programme pour mieux répondre aux besoins des différents groupes de femmes et d'hommes?

7 Étude de cas

Les effets du sexe social sur la santé doivent être placés dans le contexte de l'emploi, de la vie familiale, de l'éducation, de la longévité, des soins de santé — en fait, de la majorité des aspects de la vie. Sans une analyse contextuelle des données, les distinctions entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons, concernant l'état de santé, ne sont pas définies clairement, l'élaboration des politiques et des programmes ne reçoit pas l'orientation appropriée, et il est impossible de répondre aux besoins différents des divers groupes.

Les quatre cas suivants illustrent la façon dont notre compréhension d'une question de santé peut être très différente lorsque l'analyse comparative entre les sexes est mise en œuvre et lorsqu'elle ne l'est pas. Nous nous arrêterons : 1) aux maladies cardio-vasculaires; 2) à la santé mentale en ce qui a trait à l'élaboration d'indicateurs et de mesures de rendement pour le système de santé mentale; 3) à la recherche sur la violence; 4) à l'élaboration de la politique antitabac.

Étude de cas nº 1

Une étude de cas portant sur la recherche : les maladies cardio-vasculaires

Traditionnellement, on a omis de la recherche sur la plupart des maladies toute considération sur le sexe biologique et le sexe social. Cette omission a eu de profondes répercussions sur l'exactitude du diagnostic, l'efficacité du traitement et la prévention des maladies cardio-vasculaires (MCV) chez les femmes[7].

Appliquer des normes masculines aux maladies cardio-vasculaires parsème le diagnostic et le traitement de nombreuses embûches potentiellement fatales (Legato 1998). Il faut une recherche fondée sur des renseignements exacts pour comprendre et intégrer les facteurs importants liés au sexe biologique et au sexe social dont les effets réunis menacent la santé cardiovasculaire. Par exemple, nous apprenons que les facteurs fondés sur le sexe biologique influent sur la manifestation des symptômes des infarctus du myocarde. Les facteurs liés au sexe social interviennent lorsque les femmes et les hommes veulent se faire soigner, et ils influent sur les réactions des professionnelles et des professionnels de la santé lorsque les malades présentent des symptômes cardiaques. (Schulman *et al.* 1999). Les effets réunis du sexe biologique et du sexe social, entrant en interaction avec les autres déterminants de la santé, influent sur l'état de santé, les réactions du système de santé et les résultats possibles pour la santé (Greaves *et al.* 1999).

Les maladies cardio-vasculaires, notamment l'infarctus du myocarde, la cardiopathie ischémique, la cardiopathie valvulaire, la maladie artérielle périphérique, les arythmies, l'hypertension artérielle et l'accident vasculaire cérébral, ont toujours été considérées comme des maladies propres

[7] Les MCV sont un enjeu critique dont doit s'occuper la société canadienne. En 1993, les coûts directs des MCV (p. ex. pour les hôpitaux, les médecins et les médicaments) s'élevaient à 7,27 milliards de dollars. Les coûts indirects (p. ex. les coûts liés à la mortalité et à l'incapacité à court terme et à long terme) s'élevaient à 12,7 milliards de dollars. Les MCV constituent la catégorie de coûts la plus importante parmi toutes les catégories de diagnostics établis au Canada (Moore *et al.* 1997).

aux hommes. Au Canada, ce n'est que très récemment que les MCV ont été reconnues comme étant la principale cause de décès des femmes aussi bien que des hommes. De ce fait, les femmes sont nettement sous-représentées dans la recherche médicale sur les maladies cardio-vasculaires (Fondation des maladies du cœur du Canada 1997; Beery 1995).

Par exemple :

- Les femmes ont été exclues d'une vaste recherche sur l'aspirine comme moyen de prévention primaire du décès cardiovasculaire chez les hommes (Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group 1989). À la suite de cette recherche, on a traité les MCV avec de l'aspirine tant chez les femmes que chez les hommes. Depuis, les études ont montré que, pour cette indication, l'aspirine est efficace chez les hommes et non chez les femmes (Hamilton 1992; McAnally, Corn et Hamilton 1992).

- Une étude de 1992 publiée dans le *Journal of the American Medical Association* a permis de découvrir que les femmes étaient ignorées dans 80 % des essais sur l'infarctus du myocarde (Gurwitz, Col et Avorn 1992). Les auteurs ont déduit que les conclusions des essais ne pouvaient pas s'appliquer aux malades qui connaissent le plus de morbidités et de mortalités à la suite d'un infarctus du myocarde — à savoir les femmes.

- Les doses de médicaments prescrites aux femmes atteintes de cardiopathie sont souvent fondées sur des études effectuées principalement auprès d'hommes d'âge mûr même si l'état hormonal, l'âge avancé moyen et la masse corporelle plus légère des femmes pouvaient influer sur les concentrations, l'efficacité, les effets secondaires et la toxicité d'un médicament (Fondation des maladies du cœur du Canada 1997).

Nous fondant sur l'état actuel de la recherche, nous avons commencé à cerner certaines des façons dont les différences liées au sexe biologique et au sexe social se rattachent aux facteurs de risque, aux symptômes et aux tendance des MCV, et les répercussions de ces différences sur le diagnostic et les interventions, ainsi que sur la prévention de ces maladies chez les hommes et les femmes. En outre, nous pouvons tirer de nombreuses leçons de la recherche sur les MCV effectuée dans le passé et tirer parti de ces leçons pour assurer de meilleurs résultats pour la santé des femmes à l'avenir.

Certains exemples de différences biologiques et sociales entre les sexes liées aux MCV

Facteurs de risques

- **Âge :** l'infarctus aigu du myocarde et la cardiopathie ischémique deviennent d'importants problèmes de santé à partir de 45 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes. L'insuffisance cardiaque congestive et l'accident vasculaire cérébral entraînent chez les personnes âgées des taux d'hospitalisation beaucoup plus élevés après l'âge de 75 ans tant pour les femmes que pour les hommes (Fondation des maladies du cœur du Canada 1999).

- **Hypertension :** les femmes sont deux ou trois fois plus exposées que les hommes à l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des maladies cardio-vasculaires (Society for Women's Health Research 1999).

Avancement de la recherche et des connaissances en matière de MCV

Dans le cadre de l'Initiative en santé cardiovasculaire, Santé Canada collabore étroitement avec les ministères provinciaux de la Santé et plus de 1 000 organismes des secteurs publics, privés et bénévoles, dans le but de maintenir une approche intégrée pour diminuer et prévenir les décès et les affections liées aux maladies cardio-vasculaires. En mai 2000, à Victoria, en Colombie-Britannique, avait lieu la première Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire (financée par Santé Canada), afin d'accroître la sensibilisation au problème des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux chez les femmes. La Conférence avait pour buts de faire le point sur les dernières découvertes dans le domaine de la science, de recenser les lacunes dans les connaissances, et de cerner les possibilités de recherche dans le domaine des maladies cardio-vasculaires chez les femmes. Une déclaration sur la santé cardiovasculaire a été faite dans le cadre de la Conférence[8].

- **Taux de cholestérol :** Des taux élevés de « mauvais » cholestérol LDL constituent un indicateur de problèmes de santé futurs chez les hommes. De faibles taux de « bon » cholestérol HDL pourraient présenter un facteur de risque plus grand chez les femmes (LaRosa 1992; 2002).

- **Diabète :** Le diabète représente un plus grand facteur de risque de MCV chez les femmes que chez les hommes (Laurence et Weinhouse 1997; Le Réseau canadien pour la santé des femmes 2001). La plus grande prévalence du diabète chez les femmes autochtones que chez les hommes autochtones accroît leur risque de MCV.

- **Tabagisme :** Chez les fumeuses âgées de 50 ans ou moins, le risque de mourir d'une attaque cardiaque est trois fois plus élevé que chez un ancien fumeur. Chez les fumeuses âgées de 35 ans ou plus qui prennent des contraceptifs oraux, le risque est encore plus élevé (Réseau canadien pour la santé des femmes 2001). Nous savons que les substances toxiques présentes dans le tabac influent sur un grand nombre des systèmes biologiques des femmes différemment de sur ceux des hommes, mais on n'a pas effectué suffisamment de recherche sur les effets du tabac sur les MCV selon le sexe biologique et le sexe social. Le fait que, entre 1994 et 1997, le tabagisme ait augmenté de 30 % chez les jeunes filles comparativement à 17 % chez les jeunes garçons est une cause de préoccupation (Fondation des maladies du cœur du Canada 1999).

- **Inactivité :** Plus de femmes que d'hommes des groupes d'âge de 15 à 24 ans et de plus de 65 ans n'ont aucune activité physique (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1999; Fondation des maladies du cœur du Canada 1999).

- **Poids et taille :** une augmentation du tissu adipeux, tout particulièrement du tissu adipeux intra-abdominal, est associée à une cholestérolémie défavorable, à une fréquence plus

[8] La déclaration, qui n'a pas encore été ratifiée officiellement demande que cinq valeurs — la santé comme droit fondamental de la personne, l'égalité, la solidarité dans l'action, la participation et la responsabilisation — soient adoptées par les scientifiques, les groupes de défense du domaine de la santé, les organismes gouvernementaux, les médias et autres instances pour servir de fondement à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de l'ensemble des politiques, programmes et services prévus dans le but d'améliorer la santé cardiovasculaire des femmes. Voir http://www.cwhn.ca/resources/victoria_declaration/

Avancement de la recherche et des connaissances en matière de MCV

Dans le cadre de l'Initiative en santé cardiovasculaire, Santé Canada collabore étroitement avec les ministères provinciaux de la Santé et plus de 1 000 organismes des secteurs publics, privés et bénévoles, dans le but de maintenir une approche intégrée pour diminuer et prévenir les décès et les affections liées aux maladies cardio-vasculaires. En mai 2000, à Victoria, en Colombie-Britannique, avait lieu la première Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire (financée par Santé Canada), afin d'accroître la sensibilisation au problème des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux chez les femmes. La Conférence avait pour buts de faire le point sur les dernières découvertes dans le domaine de la science, de recenser les lacunes dans les connaissances, et de cerner les possibilités de recherche dans le domaine des maladies cardio-vasculaires chez les femmes. Une déclaration sur la santé cardiovasculaire a été faite dans le cadre de la Conférence[8].

- **Taux de cholestérol :** Des taux élevés de « mauvais » cholestérol LDL constituent un indicateur de problèmes de santé futurs chez les hommes. De faibles taux de « bon » cholestérol HDL pourraient présenter un facteur de risque plus grand chez les femmes (LaRosa 1992; 2002).

- **Diabète :** Le diabète représente un plus grand facteur de risque de MCV chez les femmes que chez les hommes (Laurence et Weinhouse 1997; Le Réseau canadien pour la santé des femmes 2001). La plus grande prévalence du diabète chez les femmes autochtones que chez les hommes autochtones accroît leur risque de MCV.

- **Tabagisme :** Chez les fumeuses âgées de 50 ans ou moins, le risque de mourir d'une attaque cardiaque est trois fois plus élevé que chez un ancien fumeur. Chez les fumeuses âgées de 35 ans ou plus qui prennent des contraceptifs oraux, le risque est encore plus élevé (Réseau canadien pour la santé des femmes 2001). Nous savons que les substances toxiques présentes dans le tabac influent sur un grand nombre des systèmes biologiques des femmes différemment de sur ceux des hommes, mais on n'a pas effectué suffisamment de recherche sur les effets du tabac sur les MCV selon le sexe biologique et le sexe social. Le fait que, entre 1994 et 1997, le tabagisme ait augmenté de 30 % chez les jeunes filles comparativement à 17 % chez les jeunes garçons est une cause de préoccupation (Fondation des maladies du cœur du Canada 1999).

- **Inactivité :** Plus de femmes que d'hommes des groupes d'âge de 15 à 24 ans et de plus de 65 ans n'ont aucune activité physique (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1999; Fondation des maladies du cœur du Canada 1999).

- **Poids et taille :** une augmentation du tissu adipeux, tout particulièrement du tissu adipeux intra-abdominal, est associée à une cholestérolémie défavorable, à une fréquence plus

[8] La déclaration, qui n'a pas encore été ratifiée officiellement demande que cinq valeurs — la santé comme droit fondamental de la personne, l'égalité, la solidarité dans l'action, la participation et la responsabilisation — soient adoptées par les scientifiques, les groupes de défense du domaine de la santé, les organismes gouvernementaux, les médias et autres instances pour servir de fondement à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de l'ensemble des politiques, programmes et services prévus dans le but d'améliorer la santé cardiovasculaire des femmes. Voir http://www.cwhn.ca/resources/victoria_declaration/

élevée des MCV, à une résistance à l'insuline et au cancer du sein (Naimark, Ready et Lee 2000). Le risque de crise cardiaque est trois fois plus élevé chez les femmes qui ont un excédent de poids que chez celles qui ont un « poids-santé » (Réseau canadien pour la santé des femmes 2001). Il est nécessaire d'effectuer de plus amples recherches sur les différences de poids et de taille liées au sexe biologique et au sexe social.

- **Origine ethnique** : l'origine ethnique et le sexe social sont d'importants facteurs de MCV. Par exemple, les femmes autochtones connaissent des taux plus élevés de décès que les autres Canadiennes tant pour la cardiopathie ischémique que pour les accidents vasculaires cérébraux (Fondation des maladies du cœur du Canada 1999). Il existe aussi des différences liées au sexe social dans la fréquence des MCV parmi les populations noires et celles de l'Asie du Sud (Fondation des maladies du cœur du Canada 1997).

- **Situation socio-économique et facteurs de stress** : un faible niveau de scolarité, un revenu moindre, des obligations familiales et des relations sociales réduites prédisposent clairement les femmes à la maladie et à un rétablissement lent (Eaker, Pinsky et Castelli 1992). Il est nécessaire d'effectuer plus de recherches sur la façon dont l'exposition à des facteurs de stress particuliers, au cours de la vie, influent sur les MCV différemment chez les femmes et chez les hommes.

Symptômes et tendance de la maladie

- La cardiopathie apparaît jusqu'à 10 ans plus tard chez les femmes que chez les hommes (Fondation des maladies du cœur du Canada 1999).

- Certaines femmes ont des symptômes différents de ceux qu'éprouvent habituellement les hommes. Par exemple, les douleurs abdominales sont le symptome le plus commun lié aux crises cardiaques, et ce, tant chez le femmes que les hommes. Cependant, des études démontrent que les femmes sont plus susceptibles de montrer des symptômes moins évidents de crise cardiaque, tels que l'indigestion, des douleurs à la poitrine ou au milieu du dos, des nausées ou des vomissements. Il faut effectuer plus de recherches pour étudier les raisons de ces différences et leurs effets cliniques (Society for Women's Health Research 2003; Doyal 1998).

- Étant donné que la population n'est pas encore bien informée du fait que la cardiopathie est la principale cause de décès chez les femmes, il se peut que de nombreuses femmes ne tiennent pas compte des symptômes de cette maladie et attendent trop longtemps pour consulter un médecin (Anderson 2002). Étant donné que les symptômes présents chez les femmes ne sont pas pris au sérieux par les médecins, les MCV de celles-ci sont souvent mises de côté ou ignorées (Laurence et Weinhouse 1997).

Diagnostics et interventions

- Peu de tests de dépistage et de diagnostic disponibles pour la cardiopathie (p. ex. électro-cardiogrammes, tests d'exercices de stress) ont été mis à l'essai expressément sur les femmes, de sorte que leur efficacité est inconnue (Collins, Bussell et Wenzel 1996).

- Certaines recherches semblent indiquer que les femmes ne sont pas diagnostiquées ni traitées pour les

MCV aussi énergiquement que les hommes (Khan *et al.* 1990, cité par Laurence et Weinhouse 1997 : 85-110). Par exemple, dans une certaine étude, les femmes étaient moins susceptibles que les hommes d'être soumises à des mesures intrusives comme la coronarographie, l'angioplastie coronarienne ou le pontage coronarien (Maynard *et al.* 1992).

- Au cours de la dernière décennie, la survie aux crises cardiaques s'est améliorée grâce aux thrombolytiques comme le TPA (activateur tissulaire du plasminogène) et la streptokinase. Cependant, ces médicaments semblent être administrés aux femmes moins souvent qu'aux hommes. En outre, de vastes études ont permis de constater que la survie des femmes s'améliore grâce à ces médicaments, mais pas dans la même mesure que celle des hommes, bien que l'on n'en connaisse pas la raison (Women's Heart Foundation 1999-2000).

- Dans tous les groupes d'âge, le taux d'hospitalisation pour la cardiopathie ischémique est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les raisons n'en sont pas claires (Fondation des maladies du cœur du Canada 1999).
- Les femmes ont tendance à être hospitalisée plus longtemps pour les maladies liées aux MCV. Le séjour moyen des femmes est de 13,1 jours comparativement à 11,4 pour les hommes (Fondation des maladies du cœur du Canada 1999).

- La majorité (80 à 90 %) des personnes subissant une greffe du cœur sont des hommes (Young 2000). Il faut effectuer plus de recherches pour en découvrir les causes.

Résultats des MCV : certaines différences liées au sexe biologique et au sexe social

- Au cours des six premiers mois après une première crise cardiaque, 31 % des femmes et 23 % des hommes en subissent une deuxième (Society for the Advancement of Women's Health 1997).

- Les femmes se rétablissent plus difficilement à la suite d'un infarctus du myocarde, de pontages aortocoronariens et d'une angioplastie coronarienne (Women's Heart Foundation 1999/2000; American Heart Association 1999).

- Dans un proche avenir, les décès liés aux MCV seront vraisemblablement plus nombreux chez les femmes que chez les hommes. Cela est attribuable au fait que les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes et aux taux élevés de MCV chez les personnes âgées (Fondation des maladies du cœur du Canada 1999).

Recommandations

À tout le moins, il sera peut-être nécessaire de prendre les mesures suivantes :

- Mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé et de préventions des MCV qui tiennent compte des différences entre les rôles sociaux des femmes des hommes. Cela comprend des programmes visant à éliminer les différents obstacles au renoncement au tabac, à l'activité physique et à la nutrition saine auxquels sont confrontés les femmes et les hommes.

- Faire plus de recherches sur la pathophysiologie sous-jacente de la cardiopathie et des accidents vasculaires cérébraux et sur la façon dont ces maladies diffèrent chez les femmes et les hommes. Il faut aussi effectuer des recherches sur l'efficacité des mesures de prévention. Cela améliorera la base de renseignements pour l'élaboration de programmes et de services (Fondation des maladies du cœur du Canada 1997).

- Faire plus de recherches pour analyser les répercussions des déterminants sociaux de la santé (p. ex. le revenu et la pauvreté, la culture et le racisme) sur l'évolution et le traitement des MCV au cours de la vie d'une personne et sur la façon dont on peut traiter ces déterminants pour améliorer les résultats pour la santé des femmes et des hommes.

La présente étude de cas portant sur les MCV montre le besoin d'intégrer une compréhension du sexe biologique et du sexe social dans les méthodes de recherche et les analyses. Cette façon de procéder permettra de découvrir et d'éliminer le sexisme à toutes les étapes de la recherche, par exemple, dans :

- la formulation de la question de recherche;
- l'examen des études publiées;
- la conception des méthodes de recherche;
- la collecte, l'analyse et l'interprétation des données;
- le langage utilisé dans le texte de la recherche (emploi d'un langage approprié);
- la présentation d'illustrations et d'images non stéréotypée dans la diffusion de la recherche.

Quelques leçons tirées de la recherche concernant les femmes

Pendant de nombreuses années, on a prescrit aux femmes le traitement hormonal substitutif (THS) combiné d'œstrogène et de progestatifs pour alléger certains des symptômes de la ménopause, tels que les bouffées de chaleur. Certaines études antérieures laissent croire que l'utilisation des produits de THS pourrait favoriser la prévention de maladies du cœur chez les femmes postménopausiques. Cependant, des essais cliniques aléatoires, effectués dans le cadre de la Women's Health Initiative des États-Unis, ont pris fin en juillet 2002, après avoir montré que l'hormonothérapie comporte plus de risques que d'avantages et qu'il ne faut pas la prescrire aux femmes pour la prévention des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux ou de toute autre maladie cardiovasculaire. En fait, le THS accroît le risque de MCV, y compris celui d'accidents vasculaires cérébraux.

On a procédé à la prescription généralisée de produits de THS à des millions de femmes avant même que les essais cliniques ne fournissent la preuve claire de leur innocuité et de leur efficacité par rapport aux MCV. Cet exemple confirme la nécessité de prendre des précautions avant d'appliquer des résultats limités de la recherche à de vastes populations de femmes (Santé Canada 2002; National Institutes of Health 2003).

Étude de cas nº 2

Élaboration d'indicateurs et de mesures de rendement pour le système de santé mentale

Même lorsque la recherche a révélé des différences biologiques et sociales importantes entre les sexes dans un domaine de la santé et que cette connaissance est intégrée dans des énoncés de politique, il se peut que ces différences ne se retrouvent pas dans les instruments conçus pour surveiller et évaluer le rendement du système de santé.

Pour ce qui est de la santé mentale, nous savons que chez les femmes, plus souvent que chez les hommes, on diagnostique des troubles affectifs, des troubles de la personnalité et le syndrome de stress post-traumatique (Organisation mondiale de la Santé 2000). Même quand les femmes et les hommes reçoivent le même diagnostic (p. ex. les taux de schizophrénie et de trouble bipolaire sont les mêmes chez les femmes et les hommes), l'apparition et l'évolution de la maladie peuvent être différentes (Seeman 1983). La schizophrénie apparaît plus tôt chez l'homme et, pour des raisons qui ne sont pas entièrement comprises, l'évolution et le pronostic sont véritablement pires pour les hommes que pour les femmes.

Les soins de santé mentale et l'accès aux services ne sont pas les mêmes pour différents groupes de consommateurs. Par exemple, les hommes dominent dans les établissements psychiatriques de longue durée alors que les femmes sont plus susceptibles d'utiliser davantage les services de consultation externe (Rhodes et Goering 1994). La marginalisation sociale et économique influe également sur la santé mentale (Organisation mondiale de la Santé 2001). Les populations ayant un taux élevé de pauvreté et les communautés qui connaissent le racisme ou d'autres formes d'ostracisme (p. ex. l'homophobie, la discrimination fondée sur l'âge et celle fondée sur la capacité physique) sont particulièrement menacées par des problèmes de santé mentale (Boyer, Ku et Shakir 1997). Les femmes de ces groupes sont particulièrement exposées aux problèmes de santé à cause de la discrimination fondée sur le sexe (Boyer, Ku et Shakir 1997). Bien que certains documents concernant les politiques et les régimes de soins en matière de santé mentale, partout au Canada (p. ex. ministère de la Santé, The 1998 British Columbia Mental Health Plan) aient commencé à reconnaître les antécédents uniques en matière de santé mentale et les besoins de différents groupes de femmes et d'hommes, cela ne s'est pas concrétisé dans l'utilisation des instruments d'analyse comparative entre les sexes pour la planification de la santé mentale ni dans l'engagement de recueillir des données désagrégées par sexe et d'autres variables (p. ex. des données sur la race, l'appartenance ethnique, la situation socio-économique).

L'examen d'un échantillon d'un cadre de mesure du rendement en témoigne clairement[9]. Si l'on examine l'encadré A (voir la page 28), on s'aperçoit que les connaissances sur le sexe biologique, sur le sexe social et sur d'autres variables en matière de diversité qui ont des répercussions sur la santé mentale ne sont pas appliquées aux indicateurs de rendement.

[9] L'outil présenté dans cet exemple est une adaptation d'un outil provincial type de surveillance du rendement.

Même si les données ne font pas toujours l'objet de rapports, les décisionnaires ont habituellement accès à la désagrégation des données par sexe, comme aux ventilations par groupe d'âge, car on recueille ces données. Mais les autres données sur les variables en matière de diversité comme la race, l'appartenance ethnique et l'orientation sexuelle ne sont habituellement pas recueillies. Les décisionnaires et les responsables de l'élaboration des programmes doivent trouver des façons de recueillir des renseignements qui peuvent nous en révéler plus sur l'interaction et sur ce que représentent, parmi d'autres facteurs, la maladie mentale, la race, l'appartenance ethnique, la culture et l'orientation sexuelle. Il faut examiner soigneusement les questions d'ordre moral soulevées, à l'heure actuelle, par une telle collecte de données, celles associées, par exemple, à d'autres actes discriminatoires visant les bénéficiaires de soins de santé mentale.

Trois des domaines, des indicateurs et des mesures qui sont des adaptations d'un cadre provincial type de mesure du rendement sont décrits dans l'encadré A sans l'analyse comparative entre les sexes. L'encadré B (voir la page 29) suit avec l'analyse comparative entre les sexes, intégrée dans le même cadre de mesure.

Si l'on se servait de l'encadré A pour évaluer le fonctionnement du système, d'importantes différences biologiques et sociales entre les sexes pourraient être occultées ou carrément omises. Par exemple, les chercheuses et chercheurs ont découvert qu'on diagnostique plus souvent les femmes comme souffrant d'un trouble de la personnalité limite ou d'un trouble dissociatif de la personnalité, et que ces deux problèmes sont liés à des expériences d'agression sexuelle et de traumatismes dans l'enfance (O'Donohue et Geer 1992). La recherche indique également que cette population a de la difficulté à obtenir des services adéquats, ce qui l'amène à recourir de façon répétée aux services d'urgence (Morrow et Chappell 1999). Dans le cadre d'une étude canadienne effectuée auprès de femmes souffrant de trouble de la personnalité multiple (ancien terme désignant le trouble dissociatif de l'identité), on s'est rendu compte que celles-ci, souvent, ne font l'objet d'aucun diagnostic pendant plus de huit ans (Ross et Dua 1993). Les coûts que cela entraîne pour le système de santé sont énormes : les auteurs de cette étude estiment qu'il serait possible de faire des économies de quelque 85 000 $ par personne en établissant des diagnostics plus précoces et plus précis.

L'encadré B corrige ce problème de diagnostics ambigus et tardifs en saisissant des données sur les taux de réadmissions aux soins de courte durée, par sexe et diagnostic. Bien qu'il ne soit probablement pas possible de corriger tous les mauvais diagnostics, si l'on se servait de l'encadré B, il serait manifeste que les femmes qui ont un long passé de violences et de traumatismes graves, présentent un taux élevé de réadmissions.

En outre, en incluant le sexe biologique, le sexe social, les diagnostics et la diversité (la race, l'âge, l'appartenance ethnique, l'identité sexuelle, la capacité, etc.) comme variables, on recueille davantage de données qui peuvent aider à établir comment le système fonctionne différemment (ou de la même manière) pour divers groupes de femmes et d'hommes.

Encadré A : Cadre de mesure du rendement pour la santé mentale *sans* analyse comparative entre les sexes

DOMAINE	INDICATEUR	MESURES
Accès/réceptivité	Accès aux services	– nombre et pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave (MMG) bénéficiaires d'un traitement assuré par année – pourcentage de personnes atteintes de MMG bénéficiaires de services de santé mentale communautaires
Qualité/pertinence	Taux de réadmission à l'urgence en psychiatrie	– taux de réadmissions moins de 30, 60, 90 jours après le congé – taux de présentations à l'urgence moins de 30, 60, 90 jours après le congé
Résultats (population et consommatrices et consommateurs)	Ratios de mortalité	– taux de mortalité chez les personnes recevant une prestation de santé assurée pour la schizophrénie et le trouble bipolaire

Encadré B : Cadre de mesure du rendement pour la santé mentale avec analyse comparative entre les sexes

DOMAINE	INDICATEUR	MESURES (notez que les données désagrégées par sexe ne seront pas nécessairement accessibles dans chaque cas)
Accès/réceptivité	Accès aux services par sexe et autres variables en matière de diversité	– nombre et pourcentage de femmes et d'hommes atteints de maladie mentale grave (MMG) bénéficiaires d'un traitement assuré par année – genre de service auquel les femmes et les hommes ont accès par groupe d'âge, appartenance ethnique, orientation sexuelle, etc. – pourcentage de femmes et d'hommes atteints de MMG bénéficiaires de services de santé mentale communautaires – enquête auprès des organismes de service pour femmes pour connaître leurs façons de faire pour appuyer les femmes atteintes de MMG et pour savoir s'ils le font efficacement – enquête auprès des organismes ethniques et d'établissement qui soutiennent les personnes atteintes de MMG – enquête auprès des organismes lesbiens et gais, bisexuels et transgendéristes qui soutiennent les personnes atteintes de MMG
Qualité/pertinence	Taux de réadmissions à l'urgence en psychiatrie par sexe, diagnostic et autres variables en matièrede diversité Diverses perceptions des consommatrices et consommateur de la pertinence du service Perception de la pertinence du service par les populations d'immigrantes et d'immigrants et les minorités ethniques	– taux de réadmissions aux soins de courte durée par sexe et diagnostic moins de 30, 60, 90 jours après le congé – taux de présentations à l'urgence moins de 30, 60, 90 jours après le congé – sondages sur la satisfaction, enquêtes auprès des principaux porte-parole, groupes de consultation
Résultats (population et consommatrices et consommateurs)	Ratios de mortalité par sexe et autres variables en matière de diversité	– taux de mortalité chez les femmes et les hommes bénéficiaires d'une prestation de santé assurée pour la schizophrénie et le trouble bipolaire

Encadré B : Cadre de mesure du rendement pour la santé mentale *avec* analyse comparative entre les sexes

DOMAINE	INDICATEUR	MESURES (notez que les données désagrégées par sexe ne seront pas nécessairement accessibles dans chaque cas)
Accès/réceptivité	Accès aux services par sexe et autres variables en matière de diversité	– nombre et pourcentage de femmes et d'hommes atteints de maladie mentale grave (MMG) bénéficiaires d'un traitement assuré par année – genre de service auquel les femmes et les hommes ont accès par groupe d'âge, appartenance ethnique, orientation sexuelle, etc. – pourcentage de femmes et d'hommes atteints de MMG bénéficiaires de services de santé mentale communautaires – enquête auprès des organismes de service pour femmes pour connaître leurs façons de faire pour appuyer les femmes atteintes de MMG et pour savoir s'ils le font efficacement – enquête auprès des organismes ethniques et d'établissement qui soutiennent les personnes atteintes de MMG – enquête auprès des organismes lesbiens et gais, bisexuels et transgendéristes qui soutiennent les personnes atteintes de MMG
Qualité/pertinence	Taux de réadmissions à l'urgence en psychiatrie par sexe, diagnostic et autres variables en matièrede diversité Diverses perceptions des consommatrices et consommateur de la pertinence du service Perception de la pertinence du service par les populations d'immigrantes et d'immigrants et les minorités ethniques	– taux de réadmissions aux soins de courte durée par sexe et diagnostic moins de 30, 60, 90 jours après le congé – taux de présentations à l'urgence moins de 30, 60, 90 jours après le congé – sondages sur la satisfaction, enquêtes auprès des principaux porte-parole, groupes de consultation
Résultats (population et consommatrices et consommateurs)	Ratios de mortalité par sexe et autres variables en matière de diversité	– taux de mortalité chez les femmes et les hommes bénéficiaires d'une prestation de santé assurée pour la schizophrénie et le trouble bipolaire

Étude de cas nº 3

Comprendre la recherche sur la violence[10]

On trouvera ci-dessous un extrait de la conclusion d'un chapitre sur la violence, tiré d'une publication du Finnish Office of Statistics (Heiskanen *et al.* 1991). La version A est la version originale. La version B a été réécrite (par Margrit Eichler, dans Santé Canada 2000c), à la suite d'une analyse comparative entre les sexes qui repose uniquement sur les renseignements trouvés dans le chapitre même.

A : Version originale

En 1980, environ une personne sur dix était victime d'un acte de violence ou recevait des menaces de violence, et, en 1988, une personne sur douze avait été une victime. En 1980, près de la moitié (46 %) des victimes avaient connu au moins deux expériences de ce genre; en 1988, la proportion de telles victimes était de 45 %. La victime était fort probablement un jeune célibataire. Le nombre relatif de personnes victimes d'incidents qui se sont traduits par des activités restreintes a diminué légèrement.

Entre les années 1980 et 1988, la diminution du nombre d'expériences de violence était plus prononcée parmi les jeunes hommes, et dans la catégorie violence de rue. La violence associée au milieu de travail est la seule exception à cette tendance générale à la baisse; ce genre de violence s'est accru. En 1988, la violence familiale est demeurée sensiblement la même qu'en 1980. La violence en milieu de travail est de plus en plus fréquente chez les femmes dans la période la plus active de leur participation au marché du travail, soit de l'âge de 20 à 44 ans. Pendant ce temps, le nombre d'expériences de ce genre chez les hommes a diminué.

B : Une analyse comparative entre les sexes sur les renseignements fournis

L'observation la plus évidente, celle qui saute aux yeux, lorsqu'on jette un regard sur les statistiques de la violence, c'est jusqu'à quel point celle-ci est liée aux rapports entre les sexes. Bien que les hommes soient un peu plus susceptibles que les femmes de subir de la violence, cette différence a diminué entre 1980 et 1988. En 1980, 58 % de toutes les victimes étaient des hommes et 42 % des femmes; en 1988, 53 % étaient des hommes et 47 % des femmes. La victime masculine type subit le joug de la violence dans la rue, alors que la victime féminine est violentée, dans sa propre maison, par un membre de la famille.

À cet égard, l'indication la plus effroyable des différences fondées sur le sexe, c'est la gravité des répercussions : alors que le nombre et la proportion de victimes masculines qui ont subi des conséquences entraînant au moins une journée d'activité restreinte est passé de 12 440 ou 3,4 % de toutes les victimes à 7 146 ou 2,7 % entre 1980 et 1988, les victimes féminines connaissaient la tendance opposée. Le nombre de femmes confinées à une activité restreinte à la suite d'un acte de violence, tant en chiffres absolus que relatifs, s'est accru, passant de 9 533 ou 3,6 % de toutes les victimes féminines en 1980 à 11 974 ou 5,1 %

[10] Cette étude de cas est une adaptation du document de Santé Canada, rédigé par Margrit Eichler et intitulé (Ébauche) *Vers l'égalité : Améliorer la santé du peuple canadien. Reconnaître et éliminer les parti-pris fondés sur les sexes dans le secteur de la santé*, Santé Canada, Bureau pour la santé des femmes, novembre 2000c. Il est permis de reproduire cette adaptation à des fins non commerciales, à condition qu'on mentionne clairement que Margrit Eichler est l'auteure du document original. Pour une étude plus complète, veuillez vous reporter à l'article de Margrit Eichler intitulé « Feminist Methodology », *Current Sociology*, avril 1997, 45(2) : 9-36.

en 1988. Non seulement les femmes sont-elles plus susceptibles d'être victimes de violence qu'en 1980, mais la probabilité que les conséquences les contraignent à restreindre leurs activités a presque doublé. En d'autres termes, les actes de violence sont devenus plus violents.

Les femmes comme les hommes ont connu une diminution relative de la violence collective limitée et de rue, mais une augmentation de la violence familiale, de celle associée au milieu de travail et des autres. Pour les femmes, la proportion de la violence qui était associée au milieu du travail a presque doublé, mais c'est la violence familiale qui est maintenant pour elles la catégorie la plus importante.

Quels sont les messages qui découlent des deux versions?

1. Victime type
   A. Un jeune homme
   B. Une victime masculine type est une victime de la violence de rue; une victime féminine type est une victime de la violence familiale.

2. Probabilité que la victime soit confinée à une activité restreinte
   A. Légèrement réduite
   B. Réduite pour les hommes, mais plus élevée pour les femmes

3. Probabilité de subir de la violence en 1988 par rapport à 1980
   A. Moins probable chez les jeunes hommes
   B. Nombre moins élevé de cas de violence chez les deux sexes, mais la proportion des victimes féminines s'est accrue.

4. Violence associée au milieu de travail
   A. Accrue
   B. Réduite pour les hommes, mais plus élevée pour les femmes

5. Violence familiale
   A. Elle est demeurée stable
   B. Augmentation proportionnelle chez les deux sexes, mais elle demeure une infime proportion chez les hommes (2,3 %); elle constitue le type de violence le plus important chez les femmes (27,5 %)

La seconde version est-elle dégagée de toute discrimination fondée sur le sexe?

Non. Elle est moins sexiste que la première, mais elle ne peut pas surmonter les problèmes inhérents à la conception ou à la manipulation des données, car on ne se préoccupe pas du sexe de l'agresseur. Pour éviter le sexisme, il faut que les agresseurs soient tenus responsables de leurs actes. L'omission la plus criante du chapitre à l'étude, c'est qu'il n'y a que des victimes et aucun agresseur — et que, lorsqu'il y a des agresseurs, ils sont asexués.

Dans l'étude, un tableau établit la relation entre la victime et l'agresseur. Les catégories sont les suivantes : étranger, connu de vue ou de nom seulement, proche, amie ou ami intime, parent, conjointe ou conjoint, autre membre de la famille, autre membre du ménage, autre personne et aucune donnée.

Ni la victime ni l'agresseur ne sont identifiés, par conséquent, on ne peut pas savoir de quel sexe ils sont. Cela est une conséquence de l'insensibilité aux inégalités entre les sexes qu'il est impossible de surmonter en analysant de nouveau les données fournies.

Le tableau serait sensiblement différent si le sexe de l'agresseur et celui de la victime étaient mentionnés, simplement en indiquant le sexe dans chaque catégorie courante d'agresseurs.

Si nous disposions de ces données, cela modifierait énormément notre appréciation des autres données. Si nous avions eu ces renseignements, notre résumé serait très différent. Quoi qu'il en soit, même en s'en tenant aux données fournies, on peut corriger en partie les résultats de l'insensibilité aux inégalités entre les sexes, dans le cadre de conclusions radicalement différentes de celles de la version originale.

En évitant la discrimination fondée sur le sexe, s'assure-t-on que les politiques, les programmes et la recherche sont bons?

Non. Ils peuvent présenter une foule d'autres problèmes; par exemple, ils peuvent être mal conçus, poser une question non pertinente, ne pas fournir un rapport complet sur les méthodes, être complètement étrangers à une politique ministérielle, tirer une conclusion inopportune, et ainsi de suite.

Il est donc nécessaire d'analyser et d'élaborer des politiques, de créer et de mettre en œuvre des programmes et de mener des recherches qualitatives et quantitatives, sans faire preuve de sexisme, mais cela ne suffit pas pour s'assurer que les politiques, les programmes et la recherche sont bons. Les autres principes pour mener à bien des politiques, des programmes et une recherche convenables continuent de s'appliquer.

Étude de cas nº 4

Politique antitabac

L'usage du tabac est en régression au Canada, mais demeure la première cause de décès et de maladies évitables. Un fumeur sur deux finira par mourir de maladies attribuables au tabagisme (Organisation mondiale de la Santé 1999). Face à tout cela, il y a des enjeux et des tendances, liées au sexe et aux rapports sociaux entre les sexes, qui mériteraient plus d'attention.

Au Canada, le taux de tabagisme chez les hommes a diminué beaucoup plus rapidement au cours des dernières décennies que le taux de tabagisme chez les femmes (Santé Canada 1999a, 2000a, 2001c). Plus récemment, et pour la première fois de l'histoire, le taux de tabagisme chez les jeunes femmes a dépassé celui des jeunes hommes. Les taux de consommation chez les jeunes fumeuses sont en hausse, ce qui fait qu'il se consomme, par jour, plus de cigarettes qu'auparavant (Santé Canada 1999a, 2000a, 2001c).

Ces dernières années, le Canada a adopté une approche comparative entre les femmes et les hommes pour l'examen du tabagisme. En 1987, par exemple, le *Document d'information sur les femmes et le tabac* a présenté une analyse exhaustive de la question (Greaves 1990). Le document est axé sur les connaissances concernant la femme, l'usage du tabac et les tendances du tabagisme qui, manifestement, étaient différentes chez les fumeuses et les fumeurs. En 2000, *Filtered Policy: Women and Tobacco in Canada* a présenté une analyse comparative entre les sexes sur la politique contre le tabagisme, et demandé instamment une analyse complète de la nature sexuée de la vie, établissant le revenu adéquat, la responsabilité liée aux soins à donner à un enfant et la nature du travail féminin, comme éléments clés de la vie des femmes (Greaves et Barr 2000).

Au Canada, il est de plus en plus fréquent de voir les programmes de renoncement au tabagisme rajuster leur tir, s'éloignant de la

population générale des adultes pour se rapprocher de certains segments de la population. Ces programmes s'arrêtent à l'influence que peut avoir l'expérience de vie du fumeur sur son choix de continuer ou de cesser de fumer[11]. Les femmes ont été reconnues comme un groupe prioritaire et on a élaboré, pour elles seulement[12], un certain nombre de programmes communautaires et de matériel documentaire. Par exemple, on a ciblé davantage l'élaboration des programmes et la recherche vers un éventail de sous-groupes féminins et une gamme de circonstances particulières de la vie. Parmi ces sous-groupes, il faut mentionner les adolescentes, les femmes autochtones, les femmes francophones, les femmes quasi analphabètes et les femmes enceintes qui s'adonnent au tabagisme.

Sans l'ACS, la politique antitabac a tendance à s'adresser à la population dans son ensemble. On ne tient pas compte des renseignements sur la façon dont cette politique pourrait toucher différemment les femmes et les hommes ou divers sous-groupes des deux sexes. L'augmentation du prix des cigarettes, par exemple, a des effets différents sur les Canadiennes et les Canadiens à faible revenu et ceux à revenu élevé, les jeunes fumeuses et fumeurs et les plus âgés, et sur les femmes et les hommes. Il est important de tenir compte des tendances du tabagisme et des rôles sociaux et économiques que jouent les femmes et les hommes, si l'on veut comprendre et prévoir ces effets.

La lutte contre le tabagisme et le renoncement au tabagisme sont des secteurs de politique clés dans lesquels il est important de mettre en œuvre l'analyse comparative entre les sexes. La version A ci-dessous tient compte de chaque secteur de politique *sans*

Version A :	**Version B :**
L'établissement des taxes et des prix du tabac *sans* analyse comparative entre les sexes Les politiques fiscales ne calculent ni n'atténuent les effets particuliers sur les personnes à faible revenu. On n'enquête pas non plus sur les conséquences non voulues et éventuellement négatives — comme consacrer moins d'argent à l'achat de nourriture — lorsque les dépenses des ménages pour le tabac s'accroissent.	**L'établissement des taxes et des prix du tabac *avec* analyse comparative entre les sexes** On enquête sur les effets d'une imposition accrue et de prix plus élevés afin d'en révéler les répercussions sur les femmes et les hommes à faible revenu. On tient compte des habitudes de dépenses des ménages, particulièrement en ce qui a trait à la nourriture. On prend des mesures pour tempérer les effets des augmentations des taxes et des prix en offrant gratuitement, par exemple, des produits facilitant l'abandon du tabac ou des programmes de renoncement au tabagisme et des suppléments alimentaires.

11 Par exemple voir le site Web « Vie 100 fumer » de Santé Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/jeunesse/cesser/100.html

12 Par exemple voir http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/pdf/women_en.pdf (en anglais) et http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/prof/femmes/vivre_sans_fumee/toc.html

Version A :	Version B :
Stratégies en matière de mises en garde sur la santé et d'emballage *sans* analyse comparative entre les sexes Des messages très clairs et à effet dramatique concernant les dommages subis durant une grossesse ou ceux éprouvés par les enfants ne traduisent pas une préoccupation par rapport à la santé des femmes. Aider une femme à améliorer sa propre santé n'est pas l'objectif établi. Ces messages laissent entendre surtout que les femmes enceintes sont considérées, d'abord et avant tout, du point de vue de leurs capacités de reproduction.	**Stratégies en matière de mises en garde sur la santé et d'emballage *avec* analyse comparative entre les sexes** On reconnaît que les femmes enceintes veulent ce qu'il y a de mieux pour leurs enfants, et que leur tabagisme donne lieu à un véritable dilemme. On apporte un appui et on fait preuve d'empathie grâce aux mises en garde sur la santé et aux encarts d'information sur le renoncement au tabagisme, compte tenu du contexte social des fumeuses.
Version A :	**Version B :**
Réduire la fumée secondaire du tabac *sans* analyse comparative entre les sexes On ne reconnaît pas et on n'analyse pas la nature sexuée des soins aux enfants et de l'effet encore plus grand chez les femmes des messages sur la réduction de la fumée secondaire du tabac qu'absorbent les enfants. Les conséquences des politiques sur la réduction de la fumée secondaire du tabac dans les cas de garde d'enfants, de négligence et de violence ne sont pas évaluées.	**Réduire la fumée secondaire du tabac *avec* analyse comparative entre les sexes** On reconnaît que l'exposition à la fumée secondaire du tabac se retrouve surtout dans des familles défavorisées où les femmes et les enfants n'ont pas d'autres choix que de rester à la maison. On essaie d'éviter le blâme et de travailler en fonction d'objectifs communs qui visent à réduire l'exposition des enfants à la fumée secondaire du tabac.

utiliser le filtre du sexe biologique et du sexe social ni les autres éléments de l'analyse comparative entre les sexes. La version B les applique.

Fait ironique, dans l'industrie du tabac, on applique, depuis 1928, l'analyse comparative entre les sexes à la mise en marché du tabac (Greaves 1996). À ce moment-là, l'industrie faisait la promotion de certaines marques de cigarettes en leur donnant une image « féminine » et elle créait des campagnes de promotion en ce sens. Ces campagnes ont continué pendant des décennies, faisant, astucieusement et efficacement, auprès des femmes, la promotion d'images positives sur le tabagisme, lesquelles respectaient les activités et les tendances sociales et politiques. Pour accroître sa part du marché, l'industrie vise, toujours, les femmes, comme elle l'a fait par le passé. L'analyse comparative entre les sexes — dans laquelle l'industrie du

tabac examine son marché formé de deux groupes, les femmes et les hommes — continue d'être axée sur les besoins de l'industrie et d'influer sur la recherche, l'élaboration des produits et la publicité. Ces dernières années, l'industrie du tabac a pris le parti de la diversité et axe sa publicité et ses produits sur différents groupes raciaux et ethniques ainsi que vers les lesbiennes et les gais (Greaves 1996). Pour contrer ces stratégies, il est important de mettre en œuvre l'analyse comparative entre les sexes dans la recherche et l'élaboration des politiques et programmes en matière de santé.

Leçons tirées

Ces quatre études de cas montrent l'importance d'appliquer l'analyse comparative entre les sexes pour voir et comprendre les ressemblances et les différences, entre les femmes et les hommes, fondées sur le sexe biologique et le sexe social, ainsi que les autres formes de disparités sociales. Les quatre illustrent la nécessité de produire et d'intégrer, dans les rapports de recherche et dans l'élaboration d'outils d'évaluation des politiques et des systèmes, des renseignements et des recherches qui montrent l'existence de différences biologiques et sociales entre les sexes. Dans notre système de santé, ces renseignements pourraient servir à établir des diagnostics et des traitements, ainsi que des mesures et des indicateurs de rendement, plus précis et plus utiles. Dans la communication des rapports de recherche sur la violence, ils pourraient mettre en lumière des différences importantes, lesquelles, autrement, seront passées sous silence. Bien que les agences de publicité du tabac les prennent généralement en considération, les connaissances concernant le sexe biologique et le sexe social n'ont été utilisées que très récemment dans la recherche et l'élaboration de politiques sur le renoncement au tabagisme, sur les taxes sur le tabac et sur la fumée secondaire du tabac. Enfin, les quatre cas semblent indiquer qu'il faut faire plus de recherches portant sur les interactions entre le sexe biologique, le sexe social et les autres déterminants de la santé.

Fait ironique, dans l'industrie du tabac, on applique, depuis 1928, l'analyse comparative entre les sexes à la mise en marché du tabac.

8 Conclusion

Dans le monde entier, les gouvernements et les organismes adoptent des stratégies axées sur l'analyse comparative entre les sexes. À Santé Canada, l'adoption et l'utilisation de l'analyse comparative entre les sexes fourniront des images plus précises de la santé et de la maladie. Des méthodes plus rigoureuses fourniront des données scientifiques plus solides qui donneront des résultats plus fiables : « Il n'y a pas de bonnes politiques sans de bonnes activités scientifiques; ensemble, elles conduisent à une meilleure santé pour tous les Canadiens et les Canadiennes » (Santé Canada 2000b). Cette meilleure base de renseignements permettra d'élaborer des politiques mieux ciblées, des programmes plus efficaces, des interventions mieux adaptées et des évaluations plus précises. Tout compte fait, l'analyse comparative entre les sexes devrait permettre une amélioration des méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement, et avoir un effet positif sur les résultats en matière de santé et sur la qualité des soins de santé pour les femmes et les hommes, les filles et les garçons.

« Il n'y a pas de bonnes politiques sans de bonnes activités scientifiques; ensemble, elles conduisent à une meilleure santé pour tous les Canadiens et les Canadiennes. »

9 Bibliographie

American Heart Association (2002). « Women, Heart Disease and Stroke Statistics ». En ligne. http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4787. Consulté le 12 mai 2003.

Anderson, R.N. (2002). « Deaths: Leading Causes for 2000 », *National vital statistics reports*, Hyattsville, Maryland : National Center for Health Statistics, vol. 50, nº 16. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr50/nvsr50_16.pdf. Consulté le 6 mai 2003.

Beery, T.A. (1995). « Diagnosis and Treatment of Cardiac Disease: Gender Bias in the Diagnostic and Treatment of Coronary Artery Disease », *Heart and Lung*, 24 : 4217-4235.

Boyer, M., J. Ku et U. Shakir (1997). *The Healing Journey: Phase II Report – Women and Mental Health: Documenting the Voices of Ethnoracial Women Within an Anti-Racist Framework*. Toronto : Across the Boundaries Mental Health Centre.

Canada (2000). *Loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada*, ch. 6.

—— (1982). *Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle* de 1982, annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), ch. 11.

Collins, K., M. Bussell et S. Wenzel (1996). *The Health of Women in the United States: Gender Differences and Gender Specific Conditions*. Washington : The U.S. Public Health Service's Office on Women's Health and the U.S. Dept. of Health and Human Services.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999). *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. En ligne. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/rapport/toward/index.html. Consulté le 6 mai 2003.

Condition féminine Canada (1996, nouvelle édition :1998). *Analyse comparative entre les sexes : Guide d'élaboration de politiques*. Deuxième édition. En ligne. http://www.swc-cfc.gc.ca/pubs/gbaguide/index_f.html. Consulté le 12 mai 2003.

—— (1995). « À l'aube du XXIe siècle : Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes ». En ligne. http://www.swc-cfc.gc.ca/pubs/066261951X/index_f.html. Consulté le 12 mai 2003.

Conseil de l'Europe (1998). *L'approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes : cadre conceptuel, méthodologie et présentation des bonnes pratiques.* Rapport final d'activités du Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité (EG-S-MS). Strasbourg : Le Conseil.

Cranswick, K. (hiver 1997). « Les fournisseurs de soins au Canada », *Tendances sociales canadiennes* (nº 11-008-XPF au catalogue).

Développement des ressources humaines Canada (2001). « Professions et secteurs en émergence : de nouvelles perspectives d'emploi ».

Doyal, L. (1998). *Cadre d'élaboration de politiques nationales en matière de santé dans une perspective sexospécifique* (document des Nations Unies). Présenté à la Réunion du groupe d'experts sur les femmes et la santé, Intégration d'un suivi de parité entre les sexes dans le secteur de la santé, 28 septembre – 2 octobre 1998. Tunis (Tunisie). Commission de la condition de la femme, Division de la promotion de la femme des Nations Unies.

Eaker, E., J. Pinsky et W.P. Castelli (1992). « Myocardial Infarction and Coronary Death Among Women: Psychosocial Predictors from a 20-Year Follow-up of Women in the Framingham Study », *American Journal of Epidemiology*, 135 : 854-864.

Eichler, M. (1997). « Feminist Methodology », *La Sociologie contemporaine = Current Sociology*, 45(2) : 9-36.

Fondation des maladies du cœur du Canada (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada.* Ottawa.

—— (1997). *Women, Heart Disease and Stroke in Canada: Issues and Options.* Ottawa.

Forum national sur la santé (1997). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier.* Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Grant, K. (janvier 2002). « L'ASC [sic] ou par-delà le syndrome de la Reine du cœur », *Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes*, 2(3) : 16-19.

Greaves. L. (1996). *Smoke screen: Women's smoking and social control.* Halifax : Fernwood.

—— (1990). Document d'information sur les femmes et le tabac (1987) et mise à jour (1990). Ottawa : Direction générale de la promotion de la santé, Santé Canada.

Greaves, L. et V.J. Barr (2000). *Filtered Policy: Women & Tobacco in Canada*. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes — région de la Colombie-Britannique.

Greaves, L. *et al.* (1999). *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health*. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes — région de la Colombie-Britannique.

Gurwitz, J., N.F. Col et J. Avorn (1992). « The Exclusion of the Elderly and Women from the Clinical Trials in Acute Myocardial Infarction », *Journal of the American Medical Association*, 268 : 1417-1422.

Hamilton, J. (1992). « Medical Research: The Forgotten 51% », *Medical and Health Annual*. Chicago : Encyclopædia Britannica, Inc., 317-322.

Hayes, W. (2 octobre 2001). « Public Policy Cycle: Agenda ». En ligne. www.geocities.com/~profwork/pp/agenda/. Consulté le 12 mai 2003.

Heiskanen, M. *et al.* (1991). *Accidents and Violence, 1988*. Helsinki : Central Statistical Office of Finland.

Johnson, K.L., D.S. Lero et J.A. Rooney. (2001). *Recueil Travail-vie personnelle 2001 : 150 statistiques canadiennes sur le travail, la famille et le bien-être*. Guelph : Centre d'étude sur la famille, le travail et le mieux-être, Université de Guelph et le Bureau de la main-d'œuvre féminine de Développement des ressources humaines Canada.

Kinnon, D. (1999). *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada : un aperçu*. Ottawa : Santé Canada, Recherche sur la santé des immigrants.

Krieger, N. et S. Zierler (1995). « Accounting for Women's Health », *Current Issues in Public Health*, 1 : 251-256.

LaRosa, J.C. (2002). « Outcomes of Lipid-lowering Treatment in Postmenopausal Women », *Drugs & Aging*, 19(8) : 595-604.

—— (1992). « Lipids and cardiovascular disease: Do the findings and therapy apply equally to men and women? », *Womens Health Issues*, 2 : 102-113.

Langlois, S. et P. Morrison (2002). « Suicides et tentatives de suicide ». Coll. « Rapports sur la santé » de Statistiques Canada (nº 82-003XIF au catalogue), 13(2). En ligne. http://www.statcan.ca/english/indepth/82-003/feature/hrab2002013002s0a01.htm. Consulté le 12 mai 2003.

Laurence, L. et B. Weinhouse (1997). Outrageous Practices: *How Gender Bias Threatens Women's Health*. Piscataway (New Jersey) : Rutgers University Press.

Legato. M. (1998). « Cardiovascular Disease in Women: Gender Specific Aspects of Hypertension and the Consequences of Treatment », *Journal of Women's Health*, 7 : 199-209.

Makkar, R.R. *et al.* (1993). « Female Gender as a Risk Factor for torsades de pointes Associated with Cardiovascular Drugs », *Journal of the American Medical Association*, 270 : 2590-2597.

Manton, K.G. (2000). « Gender Differences in Cross-Sectional and Cohort Age Dependence of Cause-Specific Mortality: The United States, 1962-1995 », *Journal of Gender-Specific Medicine*, 3 : 47-54.

Marshall, K. (1993). « Les parents occupés et le partage des travaux domestiques », *L'emploi et le revenu en perspective = Perspectives on Labour and Income* (automne) 5(3) : 25-33.

Maynard, C. *et al.* (1992). « Gender Difference in the Treatment and Outcomes of Acute Mycocardial Infarction », *Archives of Internal Medicine*, 152 : 972-976.

McAnally, L.E., C.R. Corn et S.F. Hamilton (1992). « Aspirin for the Prevention of Vascular Death in Women », *Annals of Pharmacotherapy*, 26 : 1530-1534.

Moore, R. *et al.* (1997). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993* (nº H21-136/1993F au catalogue). Division de l'évaluation des risques liés à l'environnement et de la surveillance des cas, Bureau du cancer, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Morris, M. (2000, mise à jour : mars 2002). « Les femmes et la pauvreté ». Institut canadien de recherches sur les femmes. En ligne. http://www.criaw-icref.ca/Pauvrete_fiche.htm. Consulté le 12 mai 2003.

Morrow, M. et M. Chappel (1999). *Hearing Women's Voices: Mental Health Care for Women*. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes — région de la Colombie-Britannique.

Naimark, B., A.E. Ready et S.J. Lee (2000). « Physical Activity and a Healthy Menopause », *A Friend Indeed*, XVII(5) (novembre-décembre).

National Institutes of Health (2003). « Women's Health Initiative ». Site Web du National heart, Lung, and Blood Institute. En ligne. http://www.nhlbi.nih.gov/whi/. Consulté le 12 mai 2003.

Noh, S. (1999). *Subtle Impact: Racial and Ethnic Discrimination as a Determinant of Immigrant Health. An Overview of Relevant Literatures.* Toronto : Centre for Addiction and Mental Health – Clarke Division.

O'Donohue, W. et J.H. Geer (Sous la dir. d') (1992). *The Sexual Abuse of Children. Volume I: Theory and Research.* Hillsdale (New Jersey) : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Organisation mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.* Genève.

—— (2000). « Les femmes et la santé mentale ». Aide-mémoire n° 248 (juin).

—— (1999). « Tabac et santé : les faits ». Aide-mémoire n° 221 (avril).

—— (1998). *Gender and Health: Technical Paper.* Genève. En ligne. http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHD_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHD_98_16_table_of_contents_en.html. Consulté le 12 mai 2003.

—— (18 juillet 1997). « Santé et environnement pour un développement durable : le point cinq ans après le sommet de la terre ». Communiqué de presse. En ligne. http://www.who.int/archives/inf-pr-1997/fr/cp97-47.html. Consulté le 12 mai 2003.

—— (1986). « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé », *Revue canadienne de santé publique = Canadioan Journal of Public Health* (novembre), 77 : 425-430.

Papanek, H. (1984). *Women in Development and Women's Studies: Agenda for the Future.* East Lansing (Michigan) : Office of Women in International Development, Michigan State University.

Projet de recherche sur les politiques (2002). *Mobilisation des citoyens — Définition.* En ligne. http://www.recherchepolitique.gc.ca/page.asp?pagenm=awd-prix_cit&langcd=F#Mobilisation. Consulté le 12 mai 2003.

Réseau canadien pour la santé des femmes (2001). « Women and Heart Disease ». En ligne. http://www.cwhn.ca/resources/faq/womenhd.html. Consulté le 12 mai 2003.

Rhodes, A. et P. Goering (1994). « Gender Differences in the Use of Outpatient Mental Health Services », *Journal of Mental Health Administration*, 21 : 338-346.

Rochon Ford, A. (2001). Biotechnology and the New Genetics: *What it Means for Women's Health*. Document non publié, rédigé pour le Groupe de travail sur les femmes, la santé et la nouvelle génétique.

Ross, C.A. et V. Dua (1993). « Psychiatric Health Care Costs of Multiple-Personality Disorder », *American Journal of Psychotherapy*, 47 : 103-112.

Santé Canada (2002). « Les avantages et les risques liés au traitement hormonal substitutif combiné (œstrogène et progestatif) ». En ligne. http://www.hc-sc.gc.ca/francais/vsv/aspect_medical/hormonal.html. Consulté le 12 mai 2003.

—— (2001a). « Les aînés au Canada, feuillet statistique. Une population en croissance ». En ligne. http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids_2001/toc_f.htm

—— (2001b) « Les aînés au Canada, feuillet statistique. Une population en grande partie féminine ». En ligne. http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids_2001/toc_f.htm.

—— (2001c). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada : résultats pour la première moitié de l'année 2001 – février à juin 2001*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

—— (2000a). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada : résultats pour l'année 2000*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

—— (2000b). *La Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

—— (2000c). *(Ébauche) Vers l'égalité : Améliorer la santé du peuple canadien. Reconnaître et éliminer les parti-pris fondés sur les sexes dans le secteur de la santé*. Ottawa : Santé Canada, Bureau pour la santé des femmes.

—— (2000d). *Fondement et cadre conceptuel de la participation du public*. Ottawa : Bureau de la participation des consommateurs et du public, Direction générale des produits de santé et des aliments.

—— (1999a). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada : résultats annuels de 1999*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

—— (1999b). *La stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

—— (1997). *La santé et l'environnement : partenaires pour la vie* (nº H49-112/1997F au catalogue). Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Schulman, K.A., J.A. Berlin, W. Harless et al. (1999). « The Effect of Race and Sex on Physicians' Recommendations for Cardiac Catheterization », *New England Journal of Medecine*, 340 : 618-626.

Seeman, M.V. (1983). « Schizophrenic Men and Women Require Different Treatment Programs », *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 5 : 143-148.

Shaywitz, B.A. *et al.* (1995). « Sex Differences in the Functional Organization of the Brain for Language », *Nature*, 373 : 607-609.

Shriver, S.P. *et al.* (2000). « Sex-Specific Expression of Gastrin-Releasing Peptide Receptor: Relationship to Smoking History and Risk of Lung Cancer », *Journal of the National Cancer Institute*, 92 : 24-33.

Society for the Advancement of Women's Health Research (1997). *Towards a Women's Health Outcomes Research Agenda: A Report on the Seventh Annual Scientific Advisory Meeting*. Washington : The Society.

Society for Women's Health Research (2003). « Cardio/Cerebrovascular Disease: Just the Facts Please! » En ligne. http://www.womens-health.org/health/cardio.htm#facts. Consulté le 12 mai 2003.

—— (2001). « Women and Men: 10 Differences That Make a Difference ». En ligne. http://www.womens-health.org/policy/Priorities/10Differences.htm. Consulté le 12 mai 2003.

—— (1999). « Funding for Women's Health research: Why Fund Research on Women's Health? » En ligne. http://www.womens-health.org/policy/Priorities/whyfund.htm. Consulté le 12 mai 2003.

Statistique Canada (2000). *Femmes au Canada, 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*. Ottawa : Industrie Canada.

—— (1998). *Gains des hommes et des femmes*. Ottawa : Industrie Canada.

Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group (1989). « Final Report on the Aspirin Component of the Ongoing Physicians' Health Study », *New England Journal of Medicine*, 321 : 129-135.

Stone, D.A. (1989). « Causal Stories and the Formation of Policy Agendas », *Political Science Quarterly*, 104 : 281-300.

Townson, M. (1999). *Malades d'inégalité : comment les facteurs socio-économiques affectent notre bien-être*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

Tudiver, S. et M. Hall (1996). « Les femmes et la prestation des services de santé au Canada. Une perspective canadienne ». En ligne. http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/canada/french/delivery.htm. Consulté le 12 mai 2003.

Women's Heart Foundation (1999/2000). « Gender Differences in Diagnosis and Management of Heart Disease ». http://www.womensheartfoundation.org/content/HeartDisease/gender_differences.asp. Consulté le 12 mai 2003.

Young, L.E. (2000). *Women and Heart Transplantation: A Social Justice Issue?* Résumé d'une communication par affichage présentée à la première Conférence internationale sur les femmes, les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux : Science et principes en action. Victoria (Colombie-Britannique).

Zayed, J. et L. Lefebvre (1996). « La santé environnementale : du concept à la réalité », *La santé et ses déterminants : sommaires des documents-synthèse*, rédigés pour le Forum national sur la santé. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

10 Autres textes à consulter : choix de documents et de guides concernant l'analyse comparative entre les sexes

Agence canadienne de développement international (1999). *Politique de l'ACDI en matière d'égalité entre les sexes.* Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. En ligne. http://www.acdi-cida.gc.ca/cida_ind.nsf/vall/04DBF6DD204E51678525672A00589A4C?OpenDocument. Consulté le 12 mai 2003.

American Heart Association (2000). 2001 *Heart and Stroke Statistical Update.* Dallas, Texas : American Heart Association. En ligne. http://216.185.102.50/statistics/. Consulté le 6 mai 2003.

Buchanan, R.M. et S. Koch-Schulte (2000). *Les femmes et le travail par téléphone : répercussions de la technologie, de la restructuration et de la réorganisation du travail sur le secteur des centres d'appels.* Ottawa : Condition féminine Canada.

Canada (1984). *Loi canadienne sur la santé*, L.R. 1984, ch. C-6, art. 1.

Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes (1999). *La surveillance de la santé des femmes. Un plan d'action pour Santé Canada.* Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Comité directeur de la Stratégie nationale pour la réduction du tabagisme au Canada (1999). *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada : Une stratégie nationale.* Ottawa : Santé Canada.

Conseil de l'Europe (26 mars 1998). *L'Approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes : Cadre conceptuel, méthodologie et présentation des « bonnes pratiques,* rapport final d'activités du Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité, Strasbourg, Conseil de l'Europe.

Développement des ressources humaines Canada (1997a). *Analyse comparative entre les sexes – Document de fond.* Ottawa : Bureau de la main-d'œuvre féminine, Politique stratégique, Développement des ressources humaines. En ligne. http://www.hrdc-drhc.gc.ca/sp-ps/gap-pas/gba/an_comp.shtml. Consulté le 12 mai 2003.

—— (1997b). *Guide pour l'analyse comparative entre les sexes.* Ottawa : Bureau de la main-d'œuvre féminine, Politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada. En ligne. http://www.hrdc-drhc.gc.ca/sp-ps/gap-pas/gba/an-guide.shtml. Consulté le 12 mai 2003.

Hedman, B., F. Perucci et P. Sundstrom (1996). *Engendering Statistics: A Tool for Change*. Stockholm : Statistics Sweden.

Horne, T., L. Donner et W.E. Thurston (1999). *Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan and Models for Progress*. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes — région des Prairies.

International Network of Women Against Tobacco — Europe (1999). *Report of INWAT Europe Seminar on Women and Tobacco: Part of the Solution? Tobacco Control Policies and Women*. Londres (Royaume-Uni) : Cancer Research Campaign, Health Development Agency.

Janzen, B.L. (1998). *Women, Gender and Health: A Review of Recent Literature*. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes — région des Prairies.

Kazanjian, A., I. Savoie et D. Morettin (2001). *Health Care Utilization and Gender: A Pilot Study Using the BC Linked Health Database*. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes — région de la Colombie-Britannique.

Kelly, K. (1995). « Les minorités visibles : une population diversifiée », *Tendances sociales canadiennes*, 37 : 2-8.

King, A., J.C., W.F. Boyce et M.A. King (1999). *La santé des jeunes : tendances au Canada*. Ottawa : Santé Canada.

Makrides, L. (Avril 1999). *Women and Cardiovascular Disease — Issues in Cardiac Rehabilitation*. Canadian Association of Cardiac Rehabilitation.

Messing, K. (1998). *One-Eyed Science: Occupational Health and Women Workers*. Philadelphia : Temple University Press.

Ministère de la Justice (1998). *La diversité et la justice : perspectives relatives à l'égalité des sexes. Guide sur l'analyse visant l'égalité des sexes*. Ottawa : Bureau de la conseillère principale en matière d'égalité des sexes, Justice Canada. En ligne. http://canada.justice.gc.ca/fr/dept/pub/guide/guide.htm. Consulté le 12 mai 2003.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (2001). *Un guide pour faire l'analyse de l'égalité entre les sexes*. Ottawa : le Ministère. En ligne. http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/eql/gndr_f.html. Consulté le 12 mai 2003.

Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Adult Mental Health Division (1998). *Revitalizing and Rebalancing British Columbia's Mental Health System: The 1998 BC Mental Health Plan*. Victoria : gouvernement de la Colombie-Britannique.

Ministry of Health Services, Women's Health Bureau (2001). *Gender-inclusive Health Planning: A Guide for Health Authorities in British Columbia*. Victoria : gouvernement de la Colombie-Britannique.

Ministry of Women's Equality (1997). *Gender Lens: A Guide to Gender-inclusive Policy and Program Development*. Victoria : gouvernement de la Colombie-Britannique.

Morrow, M. et C. Varcoe (2000). *Violence Against Women: Improving the Health Care Response A Guide for Health Authorities, Health Care Managers, Providers and Planners*. Ministry of Health, gouvernement de la Colombie-Britannique et Santé Canada, Bureau pour la santé des femmes.

Noseworthy, J.H., *et al.* (2000). « Multiple Sclerosis », *New England Journal of Medicine*, 343 : 938-952.

Organisation mondiale de la Santé (1999). *Conférence internationale sur le tabac et la santé de l'OMS, KOBE. Making a Difference to Tobacco and Health: Avoiding the Tobacco Epidemic in Women and Youth*. Genève.

Programme pour la femme et le développement, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (juin 2000). *UNDP Learning and Information Pack — Gender Mainstreaming*.

Provincial Health Officer (1996). *A Report on the Health of British Columbians: Provincial Health Officer's Annual Report, 1995. Feature Report: Women's Health*. Victoria : Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, gouvernement de la Colombie-Britannique.

Putman, C., A. Fenety et C. Loppie (2000). *Who's on the Line? Women in Call Centres Talk about Their Work and Its Impact on Their Health and Well-being*. Halifax : Centre d'excellence pour la santé des femmes — région de l'Atlantique.

Razavi, S. et C. Miller (1995). *Gender Mainstreaming: A Study of Efforts by the UNDP, the World Bank and the ILO to Institutionalize Gender Issues*. Occasional Paper 4. Genève : United Nations Research Institute for Social Development and United Nations Development Program.

Saith, R. et B. Harriss-White (1998). *Gender Sensitivity of Well-being Indicators*. Discussion Paper 95. Genève : United Nations Research Institute for Social Development, Swedish International Development Cooperation Agency and United Nations Development Program.

Santé Canada (2001). *Le modèle de promotion de la santé de la population : éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population.* Ébauche, juillet 2001. Ottawa : Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Direction de la politique stratégique.

Saulnier, C. et E. Skinner (1999). *Gender Equity Lens Resource Document.* Halifax : Centre d'excellence pour la santé des femmes — région de l'Atlantique.

Saulnier, C. *et al.* (1999). *Gender mainstreaming: Developing a Conceptual Framework for Engendering Healthy Public Policy.* Présenté au Centre d'excellence pour la santé des femmes des Maritimes, Health Gender and Policy Paper Series, Halifax.

Secrétariat d'État (1996). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones.* Ottawa : Commission royale sur les peuples autochtones.

Statistique Canada (2000). *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe.* Ottawa.

—— (1999). *Women as a Percentage of the Populations of the Ten Most Populous Census Metropolitan Areas.* Ottawa : Division de la démographie.

—— (1997). « Percentage of Population Consulting Selected Health Care Professionals, selon l'âge et la fréquence, 1996-1997 », *Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997.* Ottawa : Industrie Canada.

—— (1996). *Recensement de 1996.* Ottawa : Industrie Canada.

Stidham, K.R., J.L. Johnson et H.F. Seigler (1995). « Survival Superiority of Females with Melanoma. A Multivariate Analysis of 6383 Patients Exploring the Significance of Gender in Prognostic Outcome », *Archives of Surgery,* 129 : 316-324.

Swedish International Development Cooperation Agency (1997). *Handbook for Mainstreaming: A Gender Perspective in the Health Sector.* Stockholm : Swedish International Development Cooperation Agency.

Tsao, H., G.S. Rogers et A.J. Sober (1998). « An Estimate of the Annual Direct Cost of Treating Cutaneous Melanoma », *Journal of the American Academy of Dermatology,* 38 : 669-680.

Tudiver, S. (2002). « Le rôle du sexe : évaluer l'efficacité de la promotion de la santé », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé,* mars, 1(3) : 22-23.

U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland : Office of the Surgeon General, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

—— (1999). Agenda for Research on *Women's Health for the 21st Century. A Report of the Task Force on the NIH Women's Health Research Agenda for the 21st Century*. Washington : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.

Walters, V., R. Lenton et M. Mckeary (1995). *La santé des femmes dans le contexte de la vie des femmes*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Working Group for Method Development in Gender Equality, Ministry of Industry, Employment and Communications (s.d.). *Just Progress! Applying Gender Mainstreaming in Sweden*. Stockholm : Fritzes Offentliga Publikationer.

11 Ressources utiles pour l'analyse comparative entre les sexes

Ressources en santé à l'échelle nationale

Bureau pour la santé des femmes
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/
Santé Canada
3e étage, Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Indice de l'adresse 1903C
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 957-2721
Télécopieur : (613) 952-3496
Courriel : women_femmes@hc-sc.gc.ca

Institut canadien d'information sur la santé
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120

Instituts de recherche en santé du Canada
http://www.cihr-irsc.gc.ca/index_f.shtml
410, av. Laurier Ouest, 9e étage
Indice de l'adresse 4209A
(Ontario) K1A 0W9
Téléphone : (613) 941-2672
Télécopieur : (613) 954-1800
Courriel : info@irsc.gc.ca

Institut de la santé des femmes et des hommes
http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/igh/index_f.shtml
University of Alberta
700 UEC, 8303 – 112th Street
Edmonton (Alberta) T6G 2T4
Téléphone : (780) 492-6699
Télécopieur : (780) 492-3689

Programme de contribution pour la santé des femmes
http://www.cewh-cesf.ca/fr/index.html
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada
3e étage, Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Indice de l'adresse 1903C
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Télécopieur : (613) 941-8592
Courriel : cewhp@hc-sc.gc.ca

Réseau canadien de la santé
http://www.canadian-health-network.ca/customtools/homef.html

Santé Canada
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/index.html
Administration centrale
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 957-2991
Télécopieur : (613) 941-5366
ATME : 1 800 267-1245
Courriel : info@hc-sc.gc.ca

*Le **Programme de contribution pour la santé des femmes**, administré par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada, soutient quatre centres d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau canadien pour la santé des femmes et d'autres initiatives, dont des groupes de travail qui s'occupent des nouveaux enjeux concernant la santé des femmes.*

Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique
http://www.bccewh.bc.ca/ (en anglais)
E311-4500 Oak Street
Vancouver (Colombie-Britannique) V6H 3N1
Téléphone : (604) 875-2633
Télécopieur : (604) 875-3716
Courriel : bccewh@cw.bc.ca

Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
http://www.pwhce.ca/ (en anglais)
Administrative Centre
56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba) R3B 3H9
Téléphone : (204) 982-6630
Télécopieur : (204) 982-6637
Courriel : pwhce@uwinnipeg.ca

Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu
http://www.yorku.ca/nnewh/
a/s du Centre for Health Studies
Université York
4700 Keele Street
214 York Lanes
Toronto (Ontario) M3J 1P3
Téléphone : (416) 736-5941
Télécopieur : (416) 736-5986
Courriel : nnewh@yorku.ca

Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique
http://www.medicine.dal.ca/acewh/
5940 South Street, pièce 402, C. P. 3070
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3G9
Téléphone : (902) 420-6725
Numéro sans frais : 1 888 658-1112
Télécopieur : (902) 420-6752
Courriel : ACEWH@dal.ca

Réseau canadien pour la santé des femmes
http://www.cwhn.ca/
419, avenue Graham, bureau 203
Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3
Téléphone : (204) 942-5500
Télécopieur : (204) 989-2355
Courriel : cwhn@cwhn.ca
Numéro sans frais du centre d'information : 1 888 818-9172

Action pour la protection de la santé des femmes
http://www.whp-apsf.ca/fr/index.html

Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé
http://www.cewh-cesf.ca/reformesante/index.html

La biotechnologie et la santé des femmes
http://www.cwhn.ca/groups/biotech/whoweare/whoweareFR.htm

La santé des femmes vivant dans les régions rurales et éloignées
http://www.cewh-cesf.ca/fr/ressources/regions_rurales/index.html

Ressources fédérales en matière d'égalité des sexes

Affaires indiennes et du Nord Canada
http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/eql/index_f.html
Femmes autochtones et égalité entre les sexes
Les Terrasses de la Chaudière
10, rue Wellington, 5e étage
Gatineau (Québec) K1A 0H4
Téléphone : (819) 953-9857
Télécopieur : (819) 953-9987

Agence canadienne de développement international
http://www.acdi-cida.gc.ca/egalite
Direction de l'égalité entre les sexes
200, promenade du Portage, 12e étage
Gatineau (Québec) K1A 0G4
Télécopieur : (819) 953-6356
Courriel : info@acdi-cida.gc.ca

Agriculture et Agroalimentaire Canada
http://www.rural.gc.ca/cris/directories/women_f.phtml
Bureau des agricultrices
Édifice Sir John Carling, 3e étage
930, avenue Carling
Ottawa (Ontario) K1A 0C5
Numéro sans frais : 1 800 554-5630
Télécopieur : (613) 759-7131
Courriel : fwb@agr.gc.ca

Citoyenneté et Immigration Canada
http://cicnet.ci.gc.ca/francais/lipr/c11-comparative.html
Gestionnaire, Unité d'analyse comparative entre les sexes
365, av. Laurier Ouest
Tour Jean-Edmonds Sud, 18e étage
Ottawa (Ontario) K1A 1L1
Téléphone : (613) 954-8797
Télécopieur : (613) 957-5913

Condition féminine Canada
http://www.swc-cfc.gc.ca/
Direction de l'analyse comparative entre les sexes
123, rue Slater, 11e étage
Ottawa (Ontario) K1P 1H9
Téléphone : (613) 995-7835
Télécopieur : (613) 947-0530
Courriel : gbad@swc-cfc.gc.ca

Développement des ressources humaines Canada
http://www.hrdc-drhc.gc.ca/sp-ps/gap-pas/accueil.shtml
Direction de la politique et de l'analyse selon les sexes
140, promenade du Portage, Phase IV
3e étage
Gatineau (Québec) K1A 0J9
Téléphone (publications) : (819) 997-9251

Ministère de la Justice Canada
http://canada.justice.gc.ca/fr/dept/pub/guide/guide.htm
Bureau de la diversité et de l'égalité des sexes
East Memorial Building
284, rue Wellington
Ottawa (Ontario) K1A 0H8
Téléphone : (613) 954-5970
Télécopieur : (613) 946-0925

Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international
http://www.dfait-maeci.gc.ca/foreign_policy/human-rights/women-fr.asp
Direction des droits de la personne, Affaires humanitaires et Promotion internationale de la femme (AGH)
Édifice Lester B. Pearson
125, promenade Sussex
Ottawa (Ontario) K1A 0G2
Téléphone : (613) 944-2152
Télécopieur : (613) 943-0606

Santé Canada
Bureau pour la santé des femmes
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/
3e étage
Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Indice de l'adresse 1903C
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 957-2721
Télécopieur : (613) 952-3496
Courriel : women_femmes@hc-sc.gc.ca

Ressources provinciales et territoriales en matière d'égalité des sexes

Alberta

Human Rights and Citizenship Commission
Gouvernement de l'Alberta
http://www.albertahumanrights.ab.ca/ (en anglais)
Alberta Community Development
800 Standard Life Centre
10405 Jasper Avenue
Edmonton (Alberta) T5J 4R7
Téléphone : (780) 427-3116 (en Alberta, à l'extérieur d'Edmonton, composer 310-0000)
Télécopieur : (780) 422-3563
ATME : (780) 427-1597

Colombie-Britannique

Ministry of Community, Aboriginal and Women's Services
Gouvernement de la Colombie-Britannique
http://www.gov.bc.ca/mcaws/ (en anglais)
Women's Policy Branch
P.O. Box 9490
Stn Prov Govt
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9N7
Téléphone : (250) 953-4504
Télécopieur : (250) 387-4048

Île-du-Prince-Édouard

P.E.I. Advisory Council on the Status of Women
http://www.gov.pe.ca/acsw/ (en anglais)
P.O. Box 2000
9 Queen St., 1st Floor
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7N8
Téléphone : (902) 368-4510
Télécopieur : (902) 368-4516
Courriel : peiacsw@isn.net

P.E.I. Interministerial Women's Secretariat
http://www.gov.pe.ca/pt/iws-info/index.php3 (en anglais)
Fifth Floor, Sullivan Building
16 Fitzroy Street
P.O. Box 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7N8
Téléphone : (902) 368-6494
Télécopieur : (902) 569-7798
Courriel : scbentley@gov.pe.ca

Manitoba

Direction générale de la condition féminine du Manitoba
http://www.gov.mb.ca/wd/index.fr.html
100-175 Carlton Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 3H9
Téléphone : (204) 945-3476
Numéro sans frais : 1 800 263-0234
Télécopieur : (204) 945-0013
Courriel : mwd@gov.mb.ca

Nouveau-Brunswick

Bureau du Conseil exécutif — Direction des questions féminines
Gouvernement du Nouveau-Brunswick
http://www.gnb.ca/0012/Womens-Issues/index-f.asp
670, rue King, 2e étage
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-8126
Télécopieur : (506) 453-7977

Nouvelle-Écosse

Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse
http://www.gov.ns.ca/staw/ (en anglais)
C. P. 745
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2T3
Téléphone : (902) 424-8662
Télécopieur : (902) 424-0573
Courriel : nsacsw@gov.ns.ca

Nunavut

Ministre responsable de la Condition féminine
Gouvernement du Nunavut
C. P. 2410
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
Téléphone : (867) 975-5024
Télécopieur : (867) 975-5095

Status of Women Council de Qulliit
C. P. 388
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
Téléphone : (867) 979-6690
Numéro sans frais :1 866 623-0346
Télécopieur : (867) 979-1277
Courriel : qulliit@nunanet.com

Ontario

Conseil ontarien des services de santé pour les femmes
http://www.womenshealthcouncil.on.ca/scripts/index_.asp?action=31&LG_ID=2&P_ID=1&N_ID=1&PT_ID=1&U_ID=0
101, rue Bloor Ouest, 5e étage
Toronto (Ontario) M5S 277
Téléphone : (416) 327-8348
Télécopieur : (416) 327-3200
Courriel : OWHCinfo@moh.gov.on.ca

Direction générale de la condition féminine de l'Ontario
http://www.gov.on.ca/mczcr/owd/indexf.html
Édifice Mowat, 6e étage
900, rue Bay
Toronto (Ontario) M7A 1L2
Téléphone : (416) 314-0300
Télécopieur : (416) 314-0247
Courriel : info@mczcr.gov.on.ca

Québec

Conseil du statut de la femme
http://www.csf.gouv.qc.ca/
Édifice Thaïs-Lacoste-Frémont
8, rue Cook, 3e étage
Québec (Québec) G1R 5J7
Téléphone : (418) 643-4326
Numéro sans frais : 1 800 463-2851
Télécopieur : (418) 643-8926
Courriel : csf@csf.gouv.qc.ca

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
http://www.rqasf.qc.ca/
4273, rue Drolet, bureau 406
Montréal (Québec) H2W 2L7
Téléphone : (514) 877-3189
Télécopieur : (514) 877-0357
Courriel : rqasf@rqasf.qc.ca

Secrétariat à la condition féminine
Gouvernement du Québec
http://www.scf.gouv.qc.ca/index_an.asp
905, avenue Honoré-Mercier, 3e étage
Québec (Québec) G1R 5M6
Téléphone : (418) 643-9052
Télécopieur : (418) 643-4991
Courriel : cond.fem@scf.gouv.qc.ca

Saskatchewan

Status of Women Office
Gouvernement de la Saskatchewan
http://www.swo.gov.sk.ca/ (en anglais)
3rd Floor, 1870 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4P 3V7
Téléphone : (306) 787-7401
Télécopieur : (306) 787-2058
Courriel : swowebmaster@lab.gov.sk.ca

Terre-Neuve et Labrador

Women's Policy Office
Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador
http://www.gov.nf.ca/exec/wpo/wpo.htm (en anglais)
P.O. Box 8700
St. John's (Terre-Neuve) A1B 4J6
Téléphone : (709) 729-5009
Télécopieur : (709) 729-2331
Courriel : wpo@gov.nl.ca

Womer's Health Network — Newfoundland and Labrador
http://www.whnnl.mun.ca/ (en anglais)
Grace Hospital, Nurses Residence
214 LeMarchant Road
St. John's (Terre-Neuve) A1E 1P9
Téléphone : (709) 777-7435
Télécopieur : (709) 777-7435
Courriel : whnmun@morgan.ucs.mun.ca

Territoires du Nord-Ouest

Status of Women Council N.W.T.
http://www.statusofwomen.nt.ca/ (en anglais)
P.O. Box 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9
Téléphone : (867) 920-6177
Numéro sans frais : 1 888 234-4485
Télécopieur : (867) 873-0285
Courriel : council@statusofwomen.nt.ca

Yukon

Bureau de promotion des intérêts de la femme
http://www.womensdirectorate.gov.yk.ca/francais/
C. P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Téléphone : (867) 667-3030
Télécopieur : (867) 393-6270
Courriel : womens.directorate@gov.yk.ca

Ressources internationales en matière de santé et d'égalité des sexes

Banque de données Amazone
http://www.destin.be/cgi-bin/amit/cgint.exe/80518-39?9&1000=1&ULANG=FR

Centre de recherches pour le développement international
http://www.idrc.ca/gender/index_f.html
Section Genre et développement durable
a/s du CRDI
C. P. 8500
Ottawa (Ontario) K1G 3H9
Téléphone : (613) 236-6163, poste 2209
Télécopieur : (613) 238-7230
Courriel : gsd@idrc.ca

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/fconvention.htm

Déclaration et Programme d'action de Beijing
http://www.un.org/french/womenwatch/platform.htm

Gender and Health Equity Project
http://www.ids.ac.uk/bridge/reports/geneqfolder.pdf (en anglais)

Gender and Youth Affairs Department
Commonwealth Secretariat
http://www.thecommonwealth.org/gender/ (en anglais)
Marlborough House
Pall Mall
London SW1Y 5HX
ROYAUME-UNI
Téléphone : + 44 207 747 6460/6467
Télécopieur : +44 207 930 1647
Courriel de la Division :
gad@commonwealth.int
Courriel de la personne-ressource :
m.roberts@commonwealth.int

International Center for Research on Women
http://www.icrw.org/ (en anglais)
1717 Massachusetts Avenue NW, Suite 302
Washington, DC 20036
ÉTATS-UNIS
Téléphone : (202) 797-0007
Télécopieur : (202) 797-0020
Courriel : info@icrw.org

Organisation mondiale de la Santé
http://www.who.int/health_topics/gender/fr/index.html
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
SUISSE
Téléphone : (+00 41 22) 791 21 11
Télécopieur : (+00 41 22) 791 3111

Organisation panaméricaine de la santé
http://www.paho.org/ (en anglais)
525 Twenty-third Street NW
Washington, D.C. 20037
ÉTATS-UNIS
Téléphone : (202) 974-3000
Télécopieur : (202) 974-3663

Oxfam
http://www.oxfam.org.uk/ (en anglais)

Programme pour la femme et le développement
Programme des Nations Unies pour le développement
http://www.undp.org/gender/ (en anglais)
Courriel : gidp@undp.org

The World Bank Gender Net
http://www.worldbank.org/gender/ (en anglais)
Courriel : gnetwork@worldbank.org

UNICEF
http://www.unicef.org/french/ (rechercher Sexes)
Courriel : netmaster@unicef.org

UNIFEM
http://www.unifem.org/ (en anglais)
Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
304 East 45th Street, 15th Floor
New York, NY 10017
ÉTATS-UNIS
Téléphone : (212) 906-6400
Télécopieur : (212) 906-6705
Courriel : unifem@undp.org

United Nations Division for the Advancement of Women
http://www.un.org/womenwatch/daw/ (en anglais)
2 UN Plaza, DC2-12th Floor
New York, NY 10017
ÉTATS-UNIS
Télécopieur :(212) 963-3463
Courriel : daw@un.org

United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women (UN INSTRAW)
http://www.un-instraw.org/fr/index.html
César Nicolás Penson 102-A
Santo Domingo, República Dominicana
Téléphone : +1 (809) 685 2111
Télécopieur : +1 (809) 685 2117
Courriel : comments@un-instraw.org

Women's Health in South-East Asia (South East Asia Regional Strategy for Gender Mainstreaming in Health)
http://w3.whosea.org/women2/gendermain.htm (en anglais)
World Health Organization
Regional Office for South-East Asia
World Health House
Indraprastha Estate
Mahatama Gandhi Marg
New Delhi 110 002
INDE

Annexe 1 Politiques et mesures législatives importantes

Politiques

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (Organisation mondiale de la Santé 1986)

La *Charte d'Ottawa* énonce que les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé, la paix, un abri, l'éducation, de la nourriture, un revenu, la stabilité de l'écosystème, la durabilité des ressources, la justice sociale et l'équité. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

La *Charte d'Ottawa* précise que : La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé [...]. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

La *Charte d'Ottawa* établit une stratégie générale comprenant trois éléments interdépendants :

1. L'action intersectorielle pour réaliser des politiques publiques saines de même qu'une politique en matière de santé publique.
2. L'affirmation du rôle actif de la population dans l'utilisation des connaissances en matière de santé pour faire des choix menant à la santé et accroître la maîtrise de sa santé et de son environnement.
3. L'action communautaire des gens à l'échelon local. Le renforcement de la participation du public et de l'orientation publique du domaine de la santé est au cœur même de la stratégie de promotion de la santé.

À l'aube du XXIe siècle : Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes (Condition féminine Canada 1995)

Le Plan fédéral est le plan directeur du gouvernement du Canada en matière d'égalité entre les sexes. Il constitue à la fois un énoncé d'engagements précis et un cadre d 'action pour l'avenir, lequel représente les efforts concertés de 24 ministères et organismes fédéraux, dont Condition féminine Canada est le fer de lance.

Dans ce document, le gouvernement fédéral s'engage à « faire en sorte que toutes les mesures législatives et les politiques à venir comporteront, quand il y a lieu de le faire, une analyse visant à déterminer si elles peuvent avoir des répercussions différentes sur les femmes et les hommes ».

Le *Plan fédéral* précise les objectifs suivants pour instaurer l'égalité entre les sexes :

- Instaurer l'analyse comparative entre les sexes dans tous les ministères et organismes fédéraux;

- Améliorer l'autonomie et le mieux-être financiers des femmes;
- Améliorer le mieux-être physique et psychologique des femmes;
- Réduire la violence dans la société, et en particulier la violence faite aux femmes et aux enfants;
- Promouvoir l'égalité entre les sexes dans toutes les facettes de la vie culturelle canadienne;
- Intégrer les perspectives des femmes dans les affaires publiques;
- Promouvoir et appuyer l'égalité entre les sexes à l'échelle mondiale;
- Faire avancer l'égalité entre les sexes pour les employées et employés des ministères et organismes fédéraux.

Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada (1999)

Santé Canada inclut la santé des femmes parmi ses priorités et a mis au point une stratégie devant permettre d'amorcer une action face aux préoccupations des femmes en matière de santé. La Stratégie précise que, lorsqu'il interprète et applique la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement tiendra compte des besoins particuliers des femmes en veillant à ce que les effets des interprétations ou des changements de politique sur les femmes soient pleinement évalués. La Stratégie vise quatre objectifs principaux :

1. faire en sorte que les politiques et les programmes de Santé Canada tiennent compte des différences biologiques et sociales entre les sexes et répondent aux besoins des femmes en matière de santé;
2. accroître la connaissance et la compréhension de la santé des femmes et des besoins des femmes en matière de santé;
3. soutenir la prestation aux femmes de services de santé appropriés et efficaces;
4. favoriser la bonne santé par des mesures de prévention et la réduction des facteurs de risque qui compromettent le plus la santé des femmes.

De ces quatre objectifs découle l'engagement de Santé Canada à l'égard de l'analyse comparative entre les sexes.

La Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes (2000)

La Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes énonce que « Santé Canada s'est engagé à intégrer l'analyse comparative entre les sexes à l'ensemble de ses activités. Cette approche à l'égard de l'élaboration des politiques, des programmes et des lois nous aidera à assurer la meilleure santé possible aux femmes et aux hommes, aux filles et aux garçons du Canada ».

La Politique précise également que l'analyse comparative entre les sexes s'applique à tout le travail de fond de Santé Canada. L'analyse comparative entre les sexes est un instrument pour examiner et évaluer les rapports entre le sexe et la santé et entre le sexe et d'autres déterminants de la santé.

La politique met l'accent sur l'analyse comparative entre les sexes qui devrait croiser l'analyse de la diversité, laquelle fera entrer en ligne de compte d'autres facteurs tels que la race, l'appartenance ethnique, les capacités et l'orientation sexuelle.

Mesures législatives

Charte canadienne des droits et libertés (1982)[13]

La *Charte canadienne des droits et libertés* protège les libertés et droits fondamentaux que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens estiment essentiels pour préserver le Canada comme pays libre et démocratique. Trois articles de la Charte (articles 15, 27 et 28) exposent les motifs pour que tous les Canadiens, femmes et hommes, soient traités de façon égale.

Article 15 – Droits à l'égalité

1. « La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.
2. Le paragraphe (1) n'a pas pour effet d'interdire les lois, programmes ou activités destinés à améliorer la situation d'individus ou de groupes défavorisés, notamment du fait de leur race, de leur origine nationale ou ethnique, de leur couleur, de leur religion, de leur sexe, de leur âge ou de leurs déficiences mentales ou physiques. »

L'article 15 de la *Charte* stipule clairement que toutes les personnes au Canada — sans distinction de race, de religion, de nationalité, d'origine ethnique, de couleur, de sexe, d'âge ou de déficiences mentales ou physiques — sont égales devant la loi. En vertu du paragraphe 15(2), la Charte permet également l'adoption de lois ou programmes destinés à aider les personnes ou les groupes défavorisés. Par exemple, sont autorisés par le paragraphe 15(2) les programmes visant à améliorer les chances d'emploi pour les femmes, les Autochtones, les minorités visibles ou les personnes atteintes de déficiences mentales ou physiques.

Article 27 – Patrimoine multiculturel
« Toute interprétation de la présente charte doit concorder avec l'objectif de promouvoir le maintien et la valorisation du patrimoine multiculturel des Canadiens ».

Article 28 – Droits garantis également aux personnes des deux sexes
« Indépendamment des autres dispositions de la présente charte, les droits et libertés qui y sont mentionnés sont garantis également aux personnes des deux sexes ».

Ces paragraphes établissent clairement que les femmes et les hommes et différents groupes sont également protégés en vertu de la *Charte*.

Loi canadienne sur la santé (1984)

La *Loi canadienne sur la santé* (1984) énonce les principes qui constituent le cadre du régime canadien de soins de santé. Sous réserve des dispositions prévues par la Loi : « La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre. »

La *Loi canadienne sur la santé* repose sur les principes d'accessibilité, d'universalité, d'intégralité, de transférabilité et de gestion publique.

[13] Tiré de http://canada.justice.gc.ca/Loireg/charte/const_fr.html

Annexe 2

Analyse comparative entre les sexes et tendances sociales

Les conditions sociales, économiques et politiques influent sur la répartition des déterminants de la santé, des maladies et du bien-être (Krieger et Zierler 1995). Bien que la recherche et la connaissance des tendances passées et nouvelles s'accroissent, il faut déployer des efforts soutenus pour surveiller leurs répercussions sur la santé générale de la population canadienne (Townson 1999). Pour ce faire, il faut avoir recours à l'analyse comparative entre les sexes, laquelle considère que les politiques sont indissociables du milieu social, des politiques existantes et des nouvelles tendances, et permet donc d'avoir une vue d'ensemble de la façon dont on peut relever ces défis pour faire de véritable progrès.

La recherche et la surveillance, dans une optique tenant compte des différences entre les sexes, permettent de cerner les répercussions d'une tendance tant sur les femmes que sur les hommes. Lorsqu'on examine la tendance à la lumière du contexte historique et actuel, Il est à prévoir que ces répercussions varieront entre les différents groupes de femmes et d'hommes, de filles et de garçons. Il est nécessaire d'examiner et d'évaluer, dans la conception et la mise en œuvre des politiques et des programmes, les répercussions de chacune de ces tendances et structures, lesquelles peuvent être différentes entre les sexes. La question clé qu'il faut poser est : Quelles sont les personnes touchées par cette tendance et de quelle façon le sont-elles?

Vieillissement

En 2000, on estimait que le Canada comptait 3,8 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, ce qui représente une augmentation de 62 % par rapport aux 2,4 millions d'il y a vingt ans (Santé Canada 2001a).

La question clé qu'il faut poser est : Quelles sont les personnes touchées par cette tendance et de quelle façon le sont-elles?

En 2000, 57 % de toutes les personnes de 65 ans ou plus, et 70 % de toutes celles âgées de 85 ans ou plus étaient des femmes. Il s'agit d'un phénomène relativement récent. Il y a cinquante ans, il y avait plus d'hommes âgés que de femmes âgées. On estime que la situation actuelle restera relativement stable au cours des prochaines décennies. Selon les prévisions, en 2051, les femmes constitueront 55 % de la population de personnes âgées, soit un peu moins qu'aujourd'hui (Santé Canada 2001b).

En moyenne, les femmes canadiennes vivent six ans de plus que les hommes. Cependant, dans leurs dernières années, ils connaissent souvent l'incapacité, les problèmes de santé et l'isolement (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1999).

Immigration et diversité culturelle

En1996, le nombre total d'immigrantes et d'immigrants représentait 17,4 % de la population, soit une personne sur six (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1999). Certaines personnes qui font partie des nouvelles populations immigrantes peuvent choisir d'adopter des conceptions non occidentales de la santé et de la maladie, ce qui favoriserait des formes différentes ou complémentaires de traitement (Tudiver et Hall 1996).

Les questions de santé qui touchent certaines immigrantes comprennent le cancer de l'appareil génital, la santé mentale, les perceptions du mieux-être, la prestation de soins, la grossesse et la mutilation des organes génitaux de la femme (Kinnon 1999).

La majorité des nouvelles immigrantes et des nouveaux immigrants viennent de pays non européens. Alors que les immigrantes et les immigrants européens formaient toujours, en 1996, le sous-groupe régional le plus important, ils représentaient, pour la première fois, moins de la moitié (47 %) de l'ensemble de la population immigrante, et ce, en grande partie, à cause de l'immigration récente en provenance de l'Asie (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1999). Cela veut dire qu'il est de plus en plus nécessaire de documenter les répercussions du racisme sur la santé et l'effet du processus d'établissement sur la santé des néo-Canadiennes et des néo-Canadiens (Noh 1999).

Structure familiale

Les comportements en matière de fertilité, de mariage et de divorce influent sur la participation des femmes et des hommes au marché du travail et sur leur vie familiale. Depuis 1959, les femmes ont moins d'enfants, en moyenne, et elles les ont à un âge plus avancé qu'avant (Johnson, Lero et Rooney 2001). Les familles changent également en raison de la baisse des taux de nuptialité et de la hausse des taux de divorce. Il y a un nombre de plus en plus grand de familles reconstituées, de couple lesbiens et gais, de parents seuls, de parents séparés ayant la garde conjointe des enfants et d'unions de fait.

Participation au marché du travail

Les femmes qui travaillent à plein temps gagnent 73 % de ce que gagnent les hommes pour une année complète de travail à plein temps (Statistique Canada 1998). De plus, les femmes se chargent toujours de la majorité des travaux domestiques et des soins à dispenser aux enfants (Marshall 1993). La restructuration récente de l'économie a accru l'écart entre les emplois les moins bien payés et ceux les mieux payés. En outre, la présence d'une importante main-d'œuvre non syndiquée et des employées et employés contractuels à temps partiel change la nature du travail et les régimes d'emploi. Les tendances actuelles ont des répercussions sur les régimes d'emploi des femmes et des hommes, et les femmes occupent plus de postes moins stables à temps partiel.

Pauvreté

Une femme sur cinq vit dans la pauvreté (2,8 millions) et leur dénuement économique est étroitement lié à celui des enfants (Statistique Canada 2000). Une mauvaise santé est également liée à un faible revenu (Forum national sur la santé 1997). Les femmes âgées, les femmes seules, les mères seules, les handicapées, les femmes de couleur, les immigrantes et les femmes autochtones sont des groupes qui risquent davantage d'avoir des problèmes de pauvreté (Morris 2000).

Prestation de soins

Les changements survenus dans le régime de soins de santé et les services sociaux (p. ex. les séjours plus courts à l'hôpital, la désinstitutionnalisation, plus de consultations externes) ont accru le besoin de soins à domicile (Cranswick 1997). En 1996, 15 % des femmes âgées de 25 à 54 ans prenaient soin d'enfants et dispensaient des soins ou de l'aide à une personne âgée, sans être payées. Seulement 9 % des hommes de ce groupe d'âge prodiguent de tels soins (Statistique Canada 2000).

Changements environnementaux

La pollution de l'air, de l'eau et du sol influe directement et indirectement sur la santé des populations (Zayed et Lefebvre 1996). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (1997), la détérioration de l'environnement entraîne environ 25 % de toutes les maladies évitables, à l'échelle de la planète. Par exemple, il est possible de mesurer les effets de la pollution de l'air sur la santé : dans les années 1990, le taux des hospitalisations pour l'asthme a augmenté de 27 % chez les garçons et de 18 % chez les filles (Santé Canada 1997).

Changements technologiques

Selon Développement des ressources humaines Canada (2001), [traduction] « la toute récente et vaste industrie des technologies de l'information et des télécommunications englobe une foule de professions qui n'existaient pas il y a dix ans. Cette industrie d'avant-garde se divise en quatre secteurs : logiciels et services informatiques, secteur manufacturier, communications et câblodistribution, ainsi que multimédia ». Les technologies de l'information continueront de changer les emplois actuels et en créeront de nouveaux. Quant à savoir si les femmes et les hommes sont également capables de s'adapter, au fil du temps, aux changements dans leur milieu de travail, et de quelles façons ceux-ci influeront sur leur santé, cela n'est pas encore parfaitement compris.

Biotechnologie et génétique

Les progrès de la biotechnologie et de la génomique transforment de plus en plus les services de santé, la pratique médicale et l'agriculture. La cartographie du génome humain et une meilleure compréhension de la structure de l'ADN d'autres organismes vivants ont jeté les bases de nouveaux développements et perfectionnements dans le domaine de la biotechnologie, comme le clonage, la recherche sur les cellules souches, le génie génétique et l'insertion de gènes dans les plantes et les animaux pour créer des organismes génétiquement modifiés (OGM). On développe de nouveaux produits alimentaires grâce à l'utilisation de plantes génétiquement modifiées, de produits agrochimiques connexes et du génie génétique sur les animaux et dans le domaine de l'aquaculture. Les applications aux soins de santé comprennent les tests génétiques,

de nouveaux genres de médicaments et de vaccins, la croissance de tissus en vue d'une greffe et les thérapies géniques expérimentales.

Bien qu'en certains domaines, on fonde beaucoup d'espoir sur de nouveaux diagnostics et traitements, il y a également plusieurs risques inconnus par rapport aux répercussions possibles de ces technologies sur la santé et l'environnement. Elles soulèvent également des questions sociales, éthiques et juridiques.

Les femmes ont des intérêts particuliers dans les applications de la biotechnologie et de la génomique. Elles forment la majorité des agriculteurs du monde, particulièrement des pauvres, et elles sont donc profondément touchées par les biotechnologies agricoles. Elles sont habituellement celles qui achètent et qui préparent la nourriture de leurs familles. Les femmes sont des consommatrices importantes des services de soins de santé et des produits pharmaceutiques. Parce qu'elles enfantent, les femmes doivent souvent choisir si elles subissent ou non les tests prénatals ou autres dépistages génétiques. Comme principales dispensatrices, souvent bénévoles, de soins aux enfants, aux malades, aux personnes âgées et aux personnes handicapées, les femmes prennent des décisions au sujet des médicaments et autres traitements et les administrent elles-mêmes. De même, les femmes occupent la majorité des postes du secteur de la santé où sont concentrées les applications de la biotechnologie (Working Group on Women, Health and New Genetics 2000; Rochon Ford 2001).

Commercialisation

Il se déroule un débat sur les relations entre le secteur privé, d'une part, et les chercheuses et chercheurs des universités, d'autre part, et sur les effets du financement sur les découvertes et la publication des recherches. Savoir si la commercialisation de la propriété intellectuelle fait partie de la mission de base des universités est une autre question d'actualité. L'ensemble de la population est mise au défi d'acquérir une meilleure compréhension de l'importance des enjeux qui concernent les choix de traitement, la publicité des médicaments et la production des connaissances scientifiques. À titre de citoyennes et citoyens, patientes et patients, participantes et participants aux essais cliniques de médicaments et de traitements, et contribuables, les Canadiennes et les Canadiens sont directement touchés par ces questions.

Participation du public

Une participation efficace et utile du public améliore le processus d'élaboration des politiques, la mise en œuvre des règlements et la prestation des services. De plus en plus, le gouvernement a pour mandat de donner au public un meilleur accès à l'information et d'aider les personnes à prendre conscience de leurs possibilités de participer au processus décisionnel. De même, les possibilités de participation utile du public peuvent être limitées par le manque de connaissance du processus gouvernemental de prise de décisions, par l'isolement géographique et par le manque de ressources permettant la participation.

Santé Canada doit relever le défi permanent de surveiller ces différentes tendances sociales et d'évaluer leurs répercussions sur la santé.